

Evaluatie JGZ 2006

3 november 2006



Dit evaluatieonderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Samenstelling begeleidingscommissie

H. Buijze (ActiZ)
J. Jawad (VNG)
G. van der Kort (VWS)
S.E. Korthuis (voorzitter)
J. van der Lei (VNG)
M. Mink (VWS)
G. Nijendaal (RFV)
S.M.C. Potting (VWS)
E. Roest (BZK)
H.J. Schilthuis (IGZ)
A. van der Tuin (BZK)
J. van Wijngaarden (GGD NL)

Onderzoekers

A. Anker (Van Naem & Partners)
G.H. den Boogert (Van Naem & Partners)
A.C. Campagne (TNO, kwaliteit van Leven)
M.R. Crone (TNO, kwaliteit van Leven)
J.M.A.J.C. van Gastel (Van Naem & Partners)
P.R. de Haan (Van Naem & Partners)
M. Kamphuis (TNO, kwaliteit van Leven)
P.L. Kocken (TNO, kwaliteit van Leven)
P.H. Verkerk (TNO, kwaliteit van Leven)
M.M. Wagenaar-Fischer (TNO, kwaliteit van Leven)

Met dank aan de volgende adviseurs en overige projectmedewerkers

R.A. Hirasig
S.A. Reijneveld
P.E.F. Verhagen
S.P. Verloove-Vanhorick
A.L. Lambinon
A. Rijpstra
N.E. Schenk-Lagendijk
Secretariaat TNO Kwaliteit van Leven
Secretariaat Van Naem & Partners

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
1 Inleiding.....	4
2 Aanpak evaluatie	6
2.1 Adviezen IGZ en Raad.....	6
2.2 Aanpak	6
2.3 Uitvoering	7
2.4 Begeleidingscommissie.....	8
2.5 Definitie Integrale JGZ.....	8
2.6 Rapportage	8
3 Bevindingen.....	10
3.1 Criterium 1: Basistakenpakket (BTP).....	10
3.2 Criterium 2: AWBZ-taken.....	13
3.3 Criterium 3: Gegevensregistratie en epidemiologie.....	14
3.4 Criterium 4: Bereik.....	15
3.5 Criterium 5: Extra zorg risicokinderen	16
3.6 Criterium 6: Geografische toegankelijkheid.....	17
3.7 Criterium 7, 9, 10: Personele bezetting (continuïteit), deskundigheid en deskundigheidsbevordering	18
3.8 Criterium 8: Kwaliteitzorg.....	20
3.9 Criterium 11: Regierol gemeenten	20
3.10 Criterium 12: Integrale JGZ	22
3.11 Criterium 13: Tevredenheid klanten	26
3.12 Bekostiging BTP (volume en verdeling)	27
3.13 Uitgaven maatwerk.....	29
3.14 RSU in gemeentefonds	30
3.15 Criterium 14: Belemmerende factoren bij integrale JGZ	31
3.16 Rol van de Taskforce en het Platform JGZ	33
4 Belangrijkste conclusies	35
Bijlage 1 Samenvatting uitkomsten van de deelonderzoeken Uitvoeringsorganisaties, Gemeenten en Bekostiging	40
Bijlage 2 Scoring voor de waardering van het succes van JGZ-integratie	61
Bijlage 3 Evaluatiecriteria	70

Voorwoord

Ten behoeve van het evaluatieonderzoek inzake de integrale jeugdgezondheidszorg is door het ministerie van VWS als opdrachtgever tot het onderzoek een begeleidingscommissie ingesteld. De begeleidingscommissie bestaat uit vertegenwoordigers van de VNG, GGD Nederland, ActiZ, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Raad voor de Financiële verhoudingen en de ministeries van BZK en VWS. Ondergetekende, gedurende het onderzoek niet verbonden aan een der genoemde partijen, is aangetrokken als voorzitter van de begeleidingscommissie.

De begeleidingscommissie is zeven maal bijeen geweest in de periode van 24 mei tot eind oktober 2006 en heeft ook tussentijds per mail meerdere malen gereageerd op vragen en stukken.

Met de oplevering van de onderzoeksresultaten aan de opdrachtgever is ook een einde gekomen aan de werkzaamheden van de begeleidingscommissie.

Alle leden van de begeleidingscommissie hebben gedurende het gehele onderzoeksproces grote inhoudelijke betrokkenheid getoond. Hoewel de leden ieder hun eigen organisatie in de commissie vertegenwoordigden, hebben zij in hoge mate afstand gehouden van de belangen van die eigen organisatie. Dit heeft ertoe geleid dat de commissie als geheel in goede harmonie zonder stevige inhoudelijke discussie uit de weg te gaan haar werkzaamheden heeft kunnen uitvoeren. De opdracht van de commissie, namelijk beoordelen of het onderzoek overeenkomstig de opdracht is uitgevoerd, de onderzoekers te adviseren over de te nemen stappen alsmede het beoordelen van de onderzoeksresultaten in relatie tot de onderzoeksvragen, is gedurende het gehele proces leidend geweest voor de leden van de commissie. Dit is een compliment aan alle leden van de begeleidingscommissie en op deze plaats wil ik de leden van de commissie graag nogmaals danken voor de aard en de inhoud van hun inzet en bijdragen.

Het voorgaande neemt echter niet weg dat, nadat de uitkomsten van het onderzoek openbaar zijn gemaakt, iedere in de begeleidingscommissie vertegenwoordigde organisatie met een eigen inhoudelijke reactie op het onderzoeksresultaat kan komen en dat de reacties inhoudelijk mogelijk van elkaar kunnen verschillen. In deze reacties zullen vanzelfsprekend de eigen zienswijzen en opvattingen prevaleren.



Graag wil ik ook namens de begeleidingscommissie een woord van dank aan de onderzoekers uitspreken. De interactie tussen de onderzoekers en de begeleidingscommissie is door de leden van de commissie als positief ervaren.

mr. S.E. Korthuis,
voorzitter begeleidingscommissie

1 Inleiding

Sinds 1 januari 2003 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de jeugd-gezondheidszorg van de 0- tot 19-jarigen. Dit is bepaald in de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en het bijbehorende Besluit jeugdgezondheidszorg (BJGZ). Tot aan die datum waren de gemeenten alleen verantwoordelijk voor de 4- tot 19-jarigenzorg. De 0- tot 4-jarigenzorg was een taak die door de thuiszorg werd uitgevoerd onder het regime van de AWBZ.

Het onder één verantwoordelijkheid brengen van de 0- tot 19-jarigenzorg moest een einde maken aan een aantal knelpunten in de jeugdgezondheidszorg. Er bestaat een 'knip' in zorg op de leeftijd van 4 jaar, bij de overgang van de thuiszorg naar de GGD. Deze knip bleek belemmerend voor de voortgaande begeleiding van de jeugd van 0 tot 19 jaar. Relaties met ouders en kind gaan teniet en gegevens raken gemakkelijk verloren. De gescheiden verantwoordelijkheden bemoeilijken de totstandkoming van integraal JGZ-beleid, staan een aansluitende registratie in de weg, belemmeren het volgen van risicogezinnen en -kinderen en leiden tot gering zicht op de omvang van problematiek. Dit alles leidt tot inefficiënte zorg.

De toewijzing van de regierol aan de gemeenten ging gepaard met een aantal garanties. Er werd een Basistakenpakket (BTP) vastgesteld dat moet waarborgen dat alle kinderen in Nederland dezelfde basiszorg ontvangen en dat van elk kind dezelfde gegevensset beschikbaar is. Voorts werd het voormalige AWBZ-geld voor de 0- tot 4-jarigenzorg niet aan het gemeentefonds toegevoegd, maar als doeluitkering (RSU JGZ) aan de gemeenten beschikbaar gesteld. Dit 'oormerken' moest waarborgen dat de gemeenten het geld daadwerkelijk voor de JGZ inzetten.

Voor de invoering van de gewijzigde Wcpv sloten VWS, VNG en LVT (nu ActiZ) een convenant, dat de invoering van de nieuwe werkwijze moest ondersteunen. In het convenant zijn afspraken vastgelegd over de manier waarop de partijen samenwerken bij de invoering van de nieuwe werkwijze. Ook is daarin bepaald dat na verloop van tijd een evaluatie zou plaatsvinden. Het convenant loopt 31 december 2007 af.

In 2005 is voor VWS de evaluatie van dit convenant voorbereid. Op basis van adviezen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (vanaf hier: IGZ) en de Raad voor de Financiële verhoudingen (vanaf hier: de Raad) zijn twee centrale vragen geformuleerd. Dat zijn:

- 1 Wat heeft de per 1 januari 2003 gewijzigde Wcpv de kinderen in Nederland tussen 0 en 19 jaar voor verbeteringen gebracht (peildatum 1 januari 2006).
- 2 Is het bestuurlijke arrangement adequaat gebleken?



Deze twee centrale vragen zijn verder uitgewerkt door de IGZ en de Raad (zie 2.1). De evaluatie moet inzicht geven in de ontwikkeling van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en de ontwikkeling bij de gemeenten om te komen tot geïntegreerde jeugdgezondheidszorg vanuit inhoudelijk, kwalitatief en beleidsmatig perspectief. Tevens moet de evaluatie bouwstenen opleveren voor de besluitvorming over de financiering na afloop van de duur van de RSU JGZ (1 januari 2008). In de evaluatie wordt geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de integrale JGZ en de onderdelen daarvan.

2 Aanpak evaluatie

2.1 Adviezen IGZ en Raad

In 2003 heeft de IGZ op verzoek van de minister van VWS een advies uitgebracht over de vraag hoe kan worden getoetst of de integratie van de jeugdgezondheidszorg een succes is geworden. De IGZ formuleerde daarvoor 14 criteria, die hoofdzakelijk ingaan op de inhoudelijke, kwalitatieve en beleidsmatige aspecten van de jeugdgezondheidszorg. De criteria zijn leidraad voor deze onderdelen van de evaluatie.

Ook de Raad is door de minister om advies gevraagd. De minister vroeg de Raad evaluatiecriteria voor de bekostiging van het BTP en de daaraan verbonden bestuurlijke en beleidsmatige aspecten te formuleren. Het advies van de Raad leidde tot vier vragen die beantwoord moeten worden. De vragen van de Raad gaan vooral in op de wijze van bekostiging. Deze zijn leidend voor de evaluatie van de bekostigingsmethodiek.

2.2 Aanpak

In hoofdlijnen bestond de aanpak van het evaluatieonderzoek uit een vooronderzoek en drie deelonderzoeken.

a Vooronderzoek

In het vooronderzoek hebben wij een objectiveerbaar toetsingskader ontwikkeld, waarmee we de prestaties van de uitvoeringsorganisaties en de gemeenten kunnen toetsen en beoordelen. Dit bestaat uit twee delen:

- 1 Een breed toetsingskader, waarbij de verschillende onderzoeksvragen c.q. criteria zijn omgezet naar specifieke vragen en acties. Op basis van dit kader is een vragenlijst voor de organisaties vastgesteld en zijn de onderwerpen voor de interviews met de gemeenten bepaald (zie hiervoor het Toetsingskader)
- 2 Een weging voor de bepaling van de mate waarin de integratie van de JGZ daadwerkelijk tot stand is gekomen. Dit is een nadere uitwerking van het criterium 12 van de IGZ. Zie hiervoor het deelrapport 'Uitvoeringsorganisaties' (H3.12 en bijlage 1).

b Vervolgens werden vier deelonderzoeken uitgevoerd

- 1 In het deelonderzoek 'Uitvoeringsorganisaties' staan de organisaties centraal. De organisaties hebben een schriftelijke vragenlijst ingevuld, waarmee de 14 criteria van de IGZ werden bevraagd. De uitkomsten zijn gebaseerd op 93 van de 95 organisaties (respons 98%). Zie hiervoor het deelrapport 'Uitvoeringsorganisaties'.
- 2 In het deelonderzoek 'Gemeenten' zijn wij nagegaan in welke mate de gemeenten hun nieuwe verantwoordelijkheid hebben opgepakt. Hiervoor vonden interviews plaats met 76 gemeenten. Zie hiervoor het deelrapport 'Gemeenten'.
- 3 In het Bekostigingsonderzoek staan de ervaringen met de financiering van de JGZ centraal. Voor de gegevens van dit onderzoek werden data gevraagd aan de gemeenten met de uitkomsten van de vragenlijsten onder uitvoeringsorganisaties gecombineerd. Zie hiervoor het deelrapport 'Bekostiging'.
- 4 Oorspronkelijk was het de bedoeling om ook een deelonderzoek onder de afnemers van de zorg uit te voeren. Hierbij moesten we in kaart brengen of voor ouders en kinderen/jeugdigen merkbaar was dat er sprake is van integrale JGZ en of er neveneffecten waren opgetreden. Al in een vroeg stadium stelde de begeleidingscommissie vast, dat concrete resultaten van integratie op dit moment te gering zouden zijn om door de klanten opgemerkt te worden. Wij hebben daarom, op advies van de commissie, onze focus verlegd naar onderzoek naar klanttevredenheid dat al door de instellingen zelf was uitgevoerd. Deze resultaten zijn verwerkt in het deelrapport 'Klantonderzoek'.

2.3 Uitvoering

Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven en Van Naem & Partners. Laatstgenoemde is hoofdaannemer voor het onderzoek en projectverantwoordelijk richting opdrachtgever. Deze verhouding had even goed andersom kunnen zijn. Het onderzoek is op basis van gelijkheid uitgevoerd. Wel is er een duidelijke werkverdeling geweest. TNO heeft zich vooral gericht op het onderzoek onder de uitvoeringsorganisaties (inclusief de klanttevredenheid) en Van Naem & Partners op de deelonderzoeken 'Gemeenten' en 'Bekostiging'.

2.4 Begeleidingscommissie

Het onderzoeksteam is begeleid door een begeleidingscommissie, die door het ministerie van VWS is ingesteld. De commissie stond onder voorzitterschap van mevrouw mr. S.E. Korthuis (voorheen lid Taskforce JGZ). In de commissie zijn de volgende instanties vertegenwoordigd:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Raad voor de Financiële verhoudingen
- GGD Nederland
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- ActiZ, organisatie van Zorgondernemers (voorheen Z-org).

De begeleidingscommissie heeft de voortgang en de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd gevolgd. Zij heeft meegedacht over de definitie van integrale JGZ en meegewerkt met het toekennen van een weging aan diverse verschijningsvormen van geïntegreerde JGZ.

2.5 Definitie Integrale JGZ

Aan het begin van het onderzoek is door de onderzoekers en de begeleidingscommissie een definitie van integrale JGZ vastgesteld. Deze is als volgt bepaald:

Integrale Jeugdgezondheidszorg kenmerkt zich door voortgaande begeleiding van jeugdigen van 0 tot 19 jaar ('kniploos'), gestuurd vanuit integraal JGZ-beleid, ondersteund door een aansluitende registratie, zodat het signaleren, volgen van en het interveniëren bij risicokinderen en -gezinnen mogelijk is.

2.6 Rapportage

Het toetsingskader en de vier deelonderzoeken worden apart gerapporteerd. In elke deelrapportage staat de aanpak van het desbetreffende onderzoek, de verantwoording voor de gekozen methodiek en de resultaten conclusies en aanbevelingen beschreven.



In dit hoofdrapport brengen wij de uitkomsten van de vier deelonderzoeken samen om tot algemene conclusies te komen van de evaluatie. We brengen per criterium van de IGZ en de Raad de verschillende deelonderzoeken bij elkaar, zetten deze tegen elkaar af en geven een nadere beschouwing. Tot slot volgen de aanbevelingen. Aan het eind van dit hoofdrapport worden algemene aanbevelingen gedaan om tot verdere versterking van een integrale jeugdgezondheidszorg te komen.

De volledige deelrapporten zijn opgenomen op de cd achter in dit rapport.

3 Bevindingen

In dit hoofdstuk bespreken wij de resultaten van het onderzoek. Zij worden besproken op basis van de criteria zoals deze in het rapport van de IGZ zijn opgesteld (IGZ, 2003).

De paragrafen 3.12 tot 3.15 behandelen de financiële aspecten van het onderzoek. Daarvoor zijn de vragen van de Raad leidend geweest (Advies Monitoring en Evaluatie Bekostiging JGZ, 2003). Elk criterium wordt besproken aan de hand van een beschouwing als opmaat voor onze conclusies en aanbevelingen.

In de bijlagen zijn samenvattingen opgenomen met de belangrijkste uitkomsten en aanbevelingen van de deelonderzoeken (bijlage 2) 'Uitvoeringsorganisaties', 'Gemeenten' en 'Bekostiging' en de volledige criteria (bijlage 3).

3.1 Criterium 1: Basistakenpakket (BTP)

Beschouwing

Het BTP moet alle kinderen in het land dezelfde basiszorg bieden. Het bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel wordt - bij voorkeur - op identieke wijze aan alle kinderen in het land aangeboden. Het maatwerk heeft ten doel ruimte te bieden voor zorg op geleide van de individuele zorgbehoefte van het kind, voor inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de jeugd en werk aansluitend op lokale beleidsprioriteiten. Bij de afweging van dit criterium geldt: wordt het BTP uitgevoerd en komt het maatwerk in voldoende mate tot stand?

a Uniforme deel

Ongeveer 80% van de instellingen geeft aan het BTP conform de wet- en regelgeving uit te voeren. De overige instellingen doen dat (nog) niet, maar streven dit wel na. De belangrijkste knelpunten bij de uitvoering van het BTP zijn: onvoldoende geld, tekort aan personeel of het ontbreken van goede screeningsinstrumenten. Ook is de indeling uniform/maatwerk nog steeds onduidelijk.

De contactmomenten worden variabel ingevuld, door bijvoorbeeld een contactmoment méér te doen (2,5 jaar) dan de richtlijn aangeeft of door geen spraak-/taalscreening uit te voeren. Organisatie zetten verpleegkundigen en artsen verschillend in. GGD'en geven frequenter variaties aan van de richtlijnen contactmomenten dan de thuiszorg.

Wij constateren dat het BTP over het algemeen zijn plek heeft gevonden bij de uitvoering van de taken van de JGZ. De gemeenten zien het in meerderheid als een goed handvat om de reikwijdte van hun verantwoordelijkheid vast te stellen. Hun belangrijkste bezwaren zijn, dat erg veel geld moet worden besteed aan de verplichte onderdelen van het BTP. Er blijft daarom weinig geld over voor extra zorg voor risicokinderen en maatwerk. Voor het vergroten van vrij besteedbaar budget pleit men voor het verminderen van het aantal contactmomenten ten gunste van de zorg voor risicokinderen en het maatwerk. Men is niet voldoende overtuigd van nut en noodzaak van alle onderdelen van het BTP.

b Maatwerk

Uit het onderzoek blijkt dat er een ruim scala aan maatwerk tot stand is gekomen. Op één thuiszorgorganisatie na hebben alle organisaties afspraken met de gemeenten over te leveren maatwerk. Volgens de uitvoeringsorganisaties bepalen de gemeenten en/of de organisaties zelf de inhoud van het maatwerk. Daarbij zijn de prioriteiten van het gemeentelijke jeugdbeleid en signalen uit het werkveld leidend. Het grootste deel van de organisaties ziet over de afgelopen drie jaren een toename in de hoeveelheid maatwerk. De meeste organisaties verwachten voor de komende twee jaar echter een afname. Mogelijk speelt hier angst voor concurrentie (zoals bijvoorbeeld met maatschappelijk werk voor opvoedondersteuning) een rol. De uitvoeringsorganisaties geven aan dat er meer behoefte is aan maatwerk dan de budgetten toelaten, vooral op het gebied van de opvoedondersteuning. De budgetten zijn globaal genomen constant gebleven. In enkele gevallen wordt er bezuinigd. Voor de 0- tot 4-jarigen is het voormalige TRV-budget in veel gevallen nog ijkpunt voor de bestedingen aan maatwerk.

De gemeenten zijn minder positief over de mogelijkheden om via maatwerk invulling te geven aan regionale beleidsprioriteiten. Zij delen niet het beeld dat het maatwerk in sterke mate op geleide van de gemeenten tot stand komt. Vooral voor de 4- tot 19-jarigen komt dat niet uit de verf. Het blijkt vooralsnog lastig om de grens tussen uniform deel en het maatwerk aan te geven. Gemeenten betalen één bijdrage per inwoner voor beide taakonderdelen en vervolgens ontstaat onduidelijkheid over de vraag of de gemeente de inhoud van het maatwerk bepaalt, de samenwerkende gemeenten gezamenlijk of de GGD op grond van zijn professionele standaarden. Uiteindelijk zijn de lokale beleidsprioriteiten niet doorslaggevend voor de invulling van het maatwerk.

Voor de 0- tot 4-jarigenzorg geldt dat in veel mindere mate. Voor deze doelgroep is een heldere scheiding te maken tussen uniform deel en maatwerk. Het maatwerk wordt aanvullend gefinancierd, waardoor de gemeenten kunnen sturen via de toekenning van geld.

Conclusie

Een belangrijke conclusie van de evaluatie is dat het BTP zijn plaats heeft verworven in de organisatie van de JGZ. Wij zien dat gemeenten én uitvoeringsorganisaties in beginsel de intentie hebben om het BTP conform de eisen uit te voeren. Wel zien wij dat er nog altijd veel onduidelijkheid bestaat over de definities. In de eerste plaats hebben de termen uniform en maatwerk voor beide leeftijdscategorieën nog altijd verschillende betekenissen. In de tweede plaats is de grens tussen uniform en maatwerk nog steeds niet voor iedereen duidelijk genoeg. Gemeenten, thuiszorg en GGD blijken elkaar in de praktijk vaak niet te begrijpen in discussies over de vraag of iets wel of niet onder het BTP valt, of wie wat te vertellen heeft over welke taakonderdelen. Dat trekt een wissel op de samenwerking tussen alle partijen. Wat betreft de invulling van het BTP, worden de contactmomenten variabel ingevuld. Omdat het hier een richtlijn betreft, is deze variatie geoorloofd. Een wetenschappelijke onderbouwing van de contactmomenten ontbreekt.

Een tweede belangrijke conclusie is dat het maatwerk nog niet de plek heeft zoals die bedoeld was bij de invoering van de nieuwe afspraken. Bovendien vinden zowel de organisaties als de gemeenten dat het budget onvoldoende is. Vooral bij de 4- tot 19-jarigenzorg komt het maatwerk toch vooral op geleide van de GGD of - in het beste geval - de samenwerkende gemeenten tot stand. De mogelijkheden van een individuele wethouder om regie te voeren zijn daardoor beperkt. Daar komt bij dat een relatief groot deel van het budget gaat zitten in de uniforme onderdelen waardoor ook de mogelijkheden om via het geld te sturen gering zijn.

Aanbevelingen

Onze eerste aanbeveling is daarom een eenduidige beschrijving te maken van het gehele uniforme programma 0-19. Hierbij dienen de adviezen van het Platform te worden meegenomen (2005). De omschrijving moet zo eenduidig zijn dat de uitvoering door externen kan worden getoetst (bijvoorbeeld door kwaliteitsinstituten, IGZ, RIVM). Het uniforme deel van het BTP is niet bedoeld voor invulling op basis van de behoeften en wensen van gemeenten. Bij de uitvoering van het nieuwe uniforme programma bepaalt de professional wat nodig is, zoveel mogelijk op basis van de standaarden, richtlijnen en evidence based onderzoek. Het rijk (Centrum Jeugdgezondheid RIVM) kan het initiatief nemen voor de beschrijving of uitwerking van het uniforme programma. Ook de aanbevelingen die het Platform JGZ destijds heeft gedaan, moeten hierbij meegenomen worden.

Naast bovenstaande dient de richtlijn Contactmomenten geëvalueerd en beter wetenschappelijk onderbouwd te worden.

Alleen programma's, producten of projecten die op geleide van de gemeenten invulling krijgen, zijn en heten in onze optiek maatwerk¹. Voor deze rubriek treden gemeenten en uitvoeringsorganisaties met elkaar in overleg om concreet invulling te geven. Op basis van dit overleg vindt besluitvorming plaats door de gemeente. Dat wil niet zeggen dat telkens nieuwe onderhandelingen over het budget moeten plaatsvinden. Het verdient aanbeveling om de TRV-middelen nog steeds als ijkpunt te behouden voor de bestedingen voor de 0- tot 4-jarigenzorg.

Naar analogie daarvan zou in de begroting JGZ een budget voor maatwerk vastgelegd kunnen worden, waarvoor de besteding pas later in overleg wordt bepaald. De gemeenten komen daarmee aan het roer voor het maatwerk. Om de gemeenten verder te stimuleren hun regierol via het maatwerk op te nemen, bevelen wij aan om voor maatwerk 0-19 extra budget toe te voegen aan het gemeentefonds. Daarmee worden gemeenten enigszins gecompenseerd voor het feit dat een groot deel van het gemeentelijke geld is vastgelegd in landelijk vastgelegde taken en krijgen zij meer ruimte voor lokale prioriteiten.

3.2 Criterium 2: AWBZ-taken

Beschouwing

De evaluatie maakt duidelijk dat de nieuwe wet- en regelgeving niet heeft geleid tot ongewenste effecten ten aanzien van de taken die nog onder de AWBZ-financiering zijn gebleven. De vaccinatiegraad is toegenomen en de deelname aan de hieprikscreening is gelijk gebleven. Voor de prenatale zorg moeten we constateren dat hier in de afgelopen 10 jaar een autonome daling in afname plaatsvindt. Het grootste deel van de thuiszorg schat in dat het aanbod groter is geworden (44%) of gelijk is gebleven (40%).

Landelijk zijn er ontwikkelingen gaande waarbij gekeken wordt of de JGZ vanaf -9 maanden zorg en preventie zou kunnen gaan bieden. De effectiviteit van de prenatale zorg zou hierbij nader onderzocht moeten worden.

Conclusie

Onze conclusie is dat er geen wijzigingen zijn opgetreden als gevolg van de nieuwe besturing van de JGZ. Daarbij heeft uiteraard een rol gespeeld dat de uitvoering over het algemeen niet is gewijzigd. Bestaande kennis en ervaring zijn niet verloren gegaan.

¹ Voorlichting, advies, instructie en begeleiding *tijdens* het contactmoment noemen wij dus géén maatwerk.

Aanbevelingen

Het leidt tot onze aanbeveling om bij een andere manier van financieren de wijze van uitvoering in ieder geval intact te laten. Er is geen noodzaak om de werkwijze aan te passen, hoewel de dalende belangstelling voor de prenatale zorg de aandacht verdient. Ook dient de effectiviteit van de prenatale voorlichting en oefening onderzocht te worden. Nagegaan dient te worden of beiden een onderdeel van de JGZ moeten worden om de doorgaande lijn vanaf -9 maanden te realiseren.

3.3 Criterium 3: Gegevensregistratie en epidemiologie

Beschouwing

De doelstelling is dat de JGZ in staat is om op lokaal, regionaal en nationaal niveau inzicht te geven in de gezondheidssituatie van de jeugd en in haar activiteiten ten aanzien van de jeugd.

Wij zijn bij de uitvoeringsorganisaties nagegaan hoe ver zij staan met hun gegevensregistratie. Op de vraag naar centrale registratie van de productie op kindniveau geven vier thuiszorgorganisaties aan hier helemaal niet aan te doen. Verder blijkt een groot aantal thuiszorgorganisatie (70%) geen registratie van bevindingen te hebben (wel kinddossiers, maar niet te bundelen tot op organisatieniveau). Daardoor blijft het lastig om op lokaal, regionaal en landelijk niveau inzicht te geven in de gezondheidssituatie van jeugdigen. Daarnaast blijkt de thuiszorg risicokinderen beter te registreren dan de GGD. Hierbij speelt vermoedelijk mee, dat de financiering van de thuiszorg door de gemeente aanvankelijk (via de TRV) afhankelijk was van de zorg voor risicokinderen en risicocijfers verplicht moesten worden aangeleverd.

GGD'en hebben op grond van de Wcpv de taak om epidemiologische gezondheidsinformatie te verzamelen en te analyseren. Alle GGD'en geven aan gegevens voor epidemiologische doeleinden te verzamelen, terwijl 15 thuiszorgorganisaties zeggen dat niet te doen.

De invoering van het elektronische kinddossier JGZ (EKD JGZ) had een sterke impuls kunnen geven aan de verbetering van de gegevensregistratie en de productie van gezondheidsinformatie. In de afgelopen jaren is veel energie (en geld) gaan zitten in de ontwikkeling van het EKD JGZ. Om uiteenlopende redenen is dit proces gestagneerd. Wij gaan hier in deze beschouwing wat dieper op in. Het is exemplarisch voor de problemen die men tegenkomt bij het streven naar integratie als men te maken heeft met veel partijen.

Voor 2003 werden thuiszorg en GGD door VWS gestimuleerd om te komen tot een EKD JGZ. De toenmalige TRV-middelen werden door veel gemeenten en instellingen voor een substantieel deel gereserveerd voor de ontwikkeling van een EKD JGZ. Al snel bleek dat het in veel regio's ondoenlijk was om te komen tot de keuze voor (de ontwikkeling of aankoop van) één systeem. Iedere instelling probeerde het EKD JGZ te laten aansluiten op de ICT-uitgangspunten van de eigen achterliggende organisatie. Uiteindelijk besloot het rijk om het initiatief van de gemeenten en instellingen over te nemen. Door de inconsistentie en de koerswijzigingen van VWS is vervolgens geen snelle slag geslagen in de ontwikkeling en implementatie van het EKD in de JGZ. Deze gang van zaken illustreert dat samenwerking tussen (veel) partijen erg afhankelijk is van goede wil.

Conclusie

De belangrijkste conclusie is dat na drie jaar gemeentelijke regie slechts een geringe verbetering is opgetreden in de gegevensregistratie en de inzet van epidemiologie voor het inzicht in de gezondheidssituatie. Alle GGD'en verzamelen epidemiologische gegevens. Daarnaast zijn er tegenwoordig meer thuiszorgorganisaties die hier aan doen, maar het is nog beperkt. Er is dus ook geen wezenlijke verbetering gekomen in de onderbouwing van de gemeentelijke keuzes voor maatwerk.

Aanbeveling

De landelijke ontwikkeling van het EKD inclusief het gebruik van de standaard vragenstellingen uit de monitor JGZ, moet voortgezet worden en zo spoedig mogelijk leiden tot een operationeel elektronisch dossier.

3.4 Criterium 4: Bereik

Beschouwing

Afgezien van de AWBZ-gefinancierde taken hebben de meeste organisaties nog steeds moeite om hun bereik te presenteren. Men hanteert geen eenduidige manier van registreren van het bereik. Dat leidt niet alleen tot onbetrouwbare uitkomsten in ons onderzoek. Ook de verantwoordingen van de uitvoerders richting de gemeenten worden daardoor minder betrouwbaar.

Conclusie

Over de vraag of het bereik is verbeterd of verslechterd in de nieuwe besturing van de JGZ zijn geen harde conclusies te trekken. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat de instellingen geen eenduidige definities voor bereik hanteren en presenteren. Op basis van de lichte stijging van het RVP hebben we een indicatie dat de bereikcijfers niet achteruit zijn gegaan. De cijfers liggen echter na het eerste jaar onder de maat van 95%.

Aanbeveling

Een duidelijke afspraak over de definitie zou in onze optiek kunnen volstaan. Voor het realiseren van een dergelijke afspraak ligt een taak weggelegd voor het rijk.

3.5 Criterium 5: Extra zorg risicokinderen

Beschouwing

De JGZ moet voldoende aandacht hebben voor risicokinderen en –gezinnen. Wij zien dat de meeste uitvoeringsorganisaties beleid hebben vastgelegd ten aanzien van risicokinderen. Totaal 83% van de thuiszorgorganisaties en 58% van de GGD'en heeft risicokinderen via een registratie in beeld. Vrijwel alle organisaties ervaren daarbij knelpunten, met als meest frequent genoemde het ontbreken van een definitie. Dit is ook duidelijk zichtbaar aan de vele kenmerken die organisaties vastleggen ten aanzien van risicogroepen. Landelijk zijn hier ontwikkelingen gaande, waarbij de Inventgroep en het handboek Eenheid van taal een belangrijke rol moeten spelen. De vraag hoeveel tijd er wordt besteed aan risicokinderen en –gezinnen ten opzichte van vóór 2003 kan niet eenduidig worden beantwoord. De thuiszorg geeft vaker aan dat er nu meer tijd beschikbaar is voor risicokinderen. Bij de GGD overheerst de opvatting dat er evenveel tijd beschikbaar is. Maar bij een aantal GGD'en - met name GGD'en die contactmomenten moesten (her)invoeren - verminderde de tijd voor risicokinderen en –gezinnen.

Gemeenten zijn over het algemeen tevreden over de manier waarop instellingen de zorg voor risicokinderen op zich nemen. Vooral gemeenten met een meer dan gemiddelde ambitie op het gebied van lokaal jeugdbeleid vinden dat er te weinig aandacht gaat naar risicokinderen en -gezinnen. Zij houden het pleidooi om een aantal contactmomenten af te schaffen om vrijkomende tijd en geld in te zetten voor risicokinderen.

Conclusies

Onze conclusie is dat - op enkele uitzonderingen na - niet minder aandacht wordt besteed aan risicokinderen dan voorheen, maar dat men meer tijd zou willen besteden. Volgens de gemeenten ontbreekt daarvoor het geld. De gemeenten zijn vaak meer geneigd om contactmomenten ter discussie te stellen dan om aan het college extra middelen te vragen.

Aanbeveling

Wij adviseren om spoedig te komen tot een definiëring van de begrippen risicokind, risicogezin en risicogroep. Voor risico's op psychosociaal gebied kan aangesloten worden bij de uitkomsten van het onderzoek van de Inventgroep naar dit vraagstuk en de inmiddels ingezette vervolgactiviteiten op het werk van de Inventgroep. Ook de fysieke gezondheid dient echter bij de definiëring van risicokinderen meegenomen te worden. Het handboek Eenheid van Taal dient hierin meegenomen te worden. De uitkomsten moeten ook hun vertaling krijgen in de definities van de BTP (uniform deel en maatwerk) en het EKD.

3.6 Criterium 6: Geografische toegankelijkheid

Beschouwingen

In totaal geven 23 organisaties (vooral thuiszorg) aan dat er in de afgelopen drie jaar locaties zijn gesloten. Voor een deel wordt dit verklaard uit de noodzaak kosten te verlagen, voor een ander deel is de teruggang van het aantal kinderen aangevoerd als argument.

De afgelopen jaren is het aantal locaties van consultatiebureaus geleidelijk gedaald. Waren er in september 1998 nog 1523, op 1 januari 2000 waren dit er nog 1465 (Verheij, 2001). Het aantal van 1282 locaties op 1 januari 2006 betekent een vermindering van 12% ten opzichte van 2000 en 16% ten opzichte van 1998 ²(Bongers, 2006). De conclusie van destijds ('ons land kent nog steeds een dicht netwerk van locaties' (Verheij, 2001))³ geldt echter ook nu nog ('De locaties van de consultatiebureaus zijn evenwichtig verspreid over Nederland.' (Bongers, 2006))

Bij de ontwikkeling van nieuwe locaties komt uit de vragenlijst naar voren dat mogelijkheden worden gezocht om thuiszorg en GGD in één gebouw onder te brengen, meestal samen met andere disciplines zoals Bureau Jeugdzorg, Maatschappelijk werk et cetera. In de vragenlijst is naar de ontwikkeling van de 'centra voor jeugd en gezin' gevraagd. Op dit moment zijn er in elk geval in tien verschillende gemeenten bij diverse organisaties centra opgezet en zijn er drie in ontwikkeling. Daar zijn in elk geval de JGZ 0-4 en 4-19 bij betrokken, maar frequent ook andere organisaties zoals Bureau jeugdzorg en maatschappelijk werk.

² Bongers, S.W., JGZ-werkgebieden 0-4-jarigen 2006. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006.

³ Verheij, R.A., e.a. OKZ binnen bereik: de toegankelijkheid van ouder- en kindzorg in geografisch perspectief. Bilthoven: RIVM, 2001. RIVM-rapport 270556001. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002.

In het klantonderzoek (criterium 13) komt ook de toegankelijkheid aan de orde. Bij een overzicht van de klachten die bij verschillende klantenonderzoeken zijn gedaan, wordt de bereikbaarheid (zowel telefonisch als het gebouw) is een van de frequent genoemde klachten.

Bij de gemeenten horen wij geen klachten over de bereikbaarheid van de uitvoeringsorganisaties.

Conclusies

We merken op dat de klant klachten heeft over de toegankelijkheid van de JGZ. Ook een aantal thuiszorgorganisaties geeft aan dat de bereikbaarheid verminderd is. Het bereik van het aantal kinderen is hierbij echter gelijk gebleven (zie criterium 3.4). Het is onbekend of de mogelijk verminderde toegankelijkheid door het nieuwe beleid is veroorzaakt.

Aanbeveling

Nader onderzoek naar klanttevredenheid over de toegankelijkheid van de JGZ (geografisch) is van belang om dit criterium te kunnen beoordelen.

3.7 Criterium 7, 9, 10: Personele bezetting (continuïteit), deskundigheid en deskundigheidsbevordering

Beschouwing

De uitvoeringsorganisaties geven schaarste aan onder jeugdartsen en een gering tekort aan verpleegkundigen. De continuïteit is echter niet zichtbaar onderbroken. Om de uitvoering door te laten gaan, schuift men vermoedelijk met de inzet van disciplines. De richtlijn contactmomenten geeft geen vaste disciplines aan per contactmoment en biedt dus mogelijkheid om daarin te schuiven. Of deze verschuivingen kwalitatief verantwoord zijn, is niet onderzocht.

Het is op basis van dit onderzoek niet mogelijk om een uitspraak te doen of de medewerkers van de uitvoeringsorganisaties beschikken over de benodigde opleidingskwalificaties voor de uitoefening van hun beroep. Momenteel zijn de opleidingen sterk in ontwikkeling. Het is daarom op dit moment lastig te beoordelen of men voldoet aan de eisen die de regelgeving stelt. Ook is taakherschikking gaande. Er moet duidelijkheid komen over de vraag aan welke eisen een organisatie moet voldoen ten aanzien van opgeleid personeel. Voor een precieze inventarisatie van de beschikbare deskundigheid voor de artsen binnen de JGZ verwijzen wij naar het onderzoek van de Vreelandgroep, dat in opdracht van het Capaciteitsorgaan deze gegevens achterhaalt. De resultaten zullen naar verwachting eind 2006 beschikbaar zijn.

Ten aanzien van het scholingsbeleid heeft 80% van de organisaties een opleidingsplan en 8% alleen voor een deel van de disciplines. De organisaties halen de budgettaire streefcijfers voor deskundigheidsbevordering niet. Men komt gemiddeld net tot 2% van de loonsom (norm IGZ is 3%). De instellingen rapporteren zeer uiteenlopend over de duur van de inwerkperiode voor medewerkers. Organisaties geven allemaal hun eigen invulling aan 'inwerken'.

Functioneringsgesprekken blijken nog geen routine in alle organisaties. Inwerkprogramma's, intercollegiale toetsing en intervisie worden door de organisaties nauwelijks integraal voor de 0- tot 19-jarigen aangeboden. Maar landelijk zijn voor artsen de introductie cursus JGZ 0-19 en de opleiding JGZ 0-19 tot stand gekomen. Ook voor de verpleegkundige opleidingen is JGZ 0-19 een aandachtspunt. Het is duidelijk dat in vergelijking met de evaluatie 1996 de bovenstaande punten sterk verbeterd zijn.

Conclusies

Onze conclusie is dat er op het gebied van personele continuïteit geen zichtbare problemen zijn, mogelijk door verschuiving van artsentaken naar verpleegkundigen. Het tekort aan artsen in de thuiszorg zet de continuïteit wel onder druk. Het is onduidelijk wat dat voor invloed heeft op de kwaliteit van de uitvoering.

Vanwege de vele ontwikkelingen op het gebied van opleidingen en taakverschuiving is het lastig een uitspraak te doen over de noodzakelijke deskundigheid. Wel is duidelijk dat de opleidingen zich steeds meer richten op JGZ 0-19 jaar.

Men zit met het budget voor scholingsbeleid onder de norm (2% in plaats van 3%). Mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering lijken vooruit te zijn gegaan ten opzichte van de evaluatie in 1996, hoewel het vanuit de organisaties nog weinig integraal JGZ 0-19 gebeurt. Landelijk zijn vrijwel alle scholingen integraal georganiseerd.

Aanbeveling

De deskundigheid van de verschillende disciplines dient bewaakt te blijven, zowel landelijk ten aanzien van eisen en opleidingen als binnen de organisaties ten aanzien van scholingsbeleid en -uren. Nader onderzoek naar de benodigde minimale deskundigheid per onderdeel van het basistakenpakket is aan te bevelen.

3.8 Criterium 8: Kwaliteitzorg

Beschouwing

In 2003 bij de totstandkoming van het convenant was het uitgangspunt dat voor de JGZ een landelijk kwaliteitschema zou worden ontwikkeld op basis van het HKZ-systeem. Zo lang dat niet gereed was, moest de JGZ actief werken aan certificering op basis van bestaande schema's. Er is inmiddels een HKZ-schema o tot 19 jaar.

In totaal zijn er op dit moment 21 instellingen met het HKZ-schema (oud en nieuw) gecertificeerd. Diverse organisaties hebben nog de 'oude' LVT-certificering. Bekijken we de vraag breder, dan zie wij dat vrijwel alle uitvoeringsorganisaties structureel met kwaliteitszorg bezig zijn en een klachtenregeling hebben. Dat is een aanmerkelijke intensivering ten opzichte van 1996. In een beperkt aantal gevallen pakken de uitvoeringsorganisaties in een regio de kwaliteitszorg gezamenlijk op. Landelijk is er een plan opgesteld via het kwaliteitsprogramma 'Beter Voorkomen', waarin door ActiZ, GGD Nederland en de VNG prestatieafspraken zijn gemaakt.

Conclusie

We concluderen dat kwaliteitszorg voortvarend is aangepakt door de prestatieafspraken voor de HKZ-certificering.

Aanbeveling

Het blijft aanbeveling verdienen de planning en borging van de prestatieafspraken over de HKZ-certificering te realiseren.

3.9 Criterium 11: Regierol gemeenten

Beschouwing

De regierol van de gemeenten bestaat uit het vaststellen en scheppen van de bestuurlijk-organisatorische, financiële, personele en beleidsmatige randvoorwaarden voor de uitvoering van de JGZ o tot 19. Wij constateren dat de meeste gemeenten op lokaal niveau aandacht besteden aan de integrale JGZ. Wij zien wel grote verschillen tussen gemeenten.

Aan de ene kant zijn er gemeenten die in hun regietaak volstaan met het maken van afspraken met de uitvoeringsorganisaties over de uitvoering. Zij onderhouden individueel een subsidierelatie met de thuiszorg voor de 0- tot 4-jarigenzorg. Voor de uitvoering van de 4- tot 19-jarigenzorg werkt men samen met de GGD. Zij vragen thuiszorg en GGD om te zorgen voor een goede overdracht en afstemming bij het maatwerkaanbod. In feite wordt de situatie van voor 2003 voortgezet in de verwachting dat de instellingen hun activiteiten op elkaar afstemmen.

Aan de andere kant zijn er gemeenten die de JGZ zien als een instrument om hun lokale verantwoordelijkheid voor het jeugdbeleid in te vullen. Zij zijn voorlopers bij de inrichting van Centra voor Jeugd en Gezin en zoeken naar manieren om deze aan de integrale JGZ te koppelen. Bij de uitwerking van de plannen voor deze centra wordt van de JGZ vaak een andere invulling van het bestaande werk (extra zorg risicokinderen, maatwerk) gevraagd. Dan blijkt het voor gemeenten moeilijk om de bestaande institutionele belangen van de uitvoerders te doorbreken. Men moet het vooral voor elkaar krijgen met 'nieuw geld', dat wil zeggen geld, waarop geen van de organisaties een historische claim kan doen gelden.

De vraag of gemeenten in voldoende mate invulling geven aan hun regierol is afhankelijk van de ambities die men heeft. Denkt men aan regie in de zin van het regelen van de uitvoering, dan hebben alle gemeenten hun regierol goed opgepakt. Men is overal tot afspraken gekomen om de 0- tot 19-jarigenzorg ten uitvoer te brengen. Ook is men zich bewust dat het maatwerk moet aansluiten op de lokale situatie.

Neemt men als vertrekpunt de ambitie van gemeenten om de JGZ in te zetten voor de uitvoering van het brede(re) jeugdbeleid, in samenwerking met JGZ-partners op aanpalende beleidsterreinen, dan constateren wij dat de regierol onvoldoende tot stand is gekomen. Er is een aantal gemeenten (denk aan de groep Gideon-gemeenten) dat de regierol probeert te pakken, maar dat leidt vooralsnog niet tot indrukwekkende resultaten. Institutionele belangen van de uitvoerders en wisselende ambities van samenwerkende gemeenten zijn moeilijk op één lijn te krijgen.

Wij zien overigens ook dat veel gemeenten nog weinig concrete beelden hebben bij de vraag hoe plannen voor de Centra voor Jeugd en Gezin zich gaan verhouden tot de integrale JGZ. Gaan de gemeenten zelf de Centra coördineren en is de JGZ één van de functionaliteiten die wordt ingekocht? Of is de 0- tot 19-jarigenzorg de basisvoorziening van het Centrum, die namens de gemeenten inkoopt en andere functionaliteiten inzet voor de risicokinderen? Deze onduidelijkheid heeft gevolgen voor de betrokkenheid van de JGZ bij het lokale jeugdbeleid. De gemeenten houden GGD en thuiszorg vooralsnog op afstand in afwachting hoe de ontwikkelingen zich gaan voltrekken.

Verder zien we dat de gemeenten ook financieel weinig mogelijkheden hebben of creëren om te sturen of te regisseren. De RSU wordt in bijna alle regio's integraal doorbetaald aan de thuiszorg voor het uniforme deel 0 tot 4. De middelen om via maatwerk organisaties te prikkelen zijn beperkt.

De uitvoeringsorganisaties ervaren de mate waarin de gemeenten hun regierol bij de integrale JGZ oppakken wisselend, maar lijken positief. Als het gaat over gemeentelijk beleid dan bedoelen zij beleid ten aanzien van de integrale JGZ. Daarbij zijn de uitvoeringsorganisaties bijna altijd (drie thuiszorgorganisaties uitgezonderd) betrokken. Het grootste deel van de organisaties geeft aan dat de integratie door de gemeente is bevorderd. Het meest frequent werd hierbij genoemd de bevordering van netwerken JGZ 0-19. Ten opzichte van vóór 2003 zijn de afspraken met de gemeenten sterk geïntensiveerd. Hierbij moet wel worden aangetekend dat dit verschilt per gemeente. Bovenstaande beschrijft het algemene beeld dat de organisaties geven, waarbij dit niet op gemeenteniveau is bekeken.

Conclusie

Onze conclusie is dat de gemeenten hun regierol zeker hebben opgepakt. Zij hebben afspraken gemaakt om de uitvoering voor de 0- tot 19-jarigen in goede banen te leiden. Tegelijkertijd blijkt het lastig om daadwerkelijk invloed uit te oefenen op de uitvoeringsorganisaties. Regie als middel om de bestaande gang van zaken adequaat te laten verlopen lukt goed. Maar wil de gemeenten de 0- tot 19-jarigenzorg op een geheel andere manier inzetten, dan stuit de gemeente op de institutionele belangen van de uitvoeringsorganisaties. Daardoor heeft die regie tot beperkt resultaat geleid bij de integratie van de JGZ, de afstemming van het maatwerk op de lokale situatie en de aansluiting van de JGZ bij het bredere lokale jeugdbeleid.

Aanbeveling

Om de gemeentelijke regierol te versterken, moeten de gemeenten meer mogelijkheden krijgen om de regie te voeren. In de eerste plaats moet duidelijk worden op welk deel van de zorg een gemeente individueel kan sturen. Een heldere definitie van het uniforme deel BTP maakt direct ook duidelijk wat als maatwerk aan de gemeenten is (zie 3.1). Verder moeten de gemeenten een lokale of regionale visie formuleren voor de manier waarop zij de JGZ willen inzetten voor het brede lokale of regionale jeugdbeleid. Deze visie is bepalend voor hetgeen zij van de JGZ gaan vragen.

De invulling van de regierol zal vergemakkelijkt worden als er wordt gekomen tot één uitvoeringsorganisatie. Daarnaast is financiering ook een onderdeel van het regie-instrument. Dit wordt verderop nader uitgewerkt.

3.10 Criterium 12: Integrale JGZ

Beschouwing

Eén van de voornaamste doelstellingen van de integratie van de JGZ is een goede aansluiting tot stand te brengen tussen de 0- tot 4-jarigenzorg en de 4- tot 19-jarigenzorg. Dit criterium valt uiteen in een aantal aspecten. Hierbij dient vermeld te worden dat er geen onderzoek naar de kwaliteit van de uitvoering is gedaan.

- a Bestuurlijk-organisatorisch
- b Beleidsmatig
- c Inhoudelijk
- d Samenwerking onderling en met derden.

a Bestuurlijk-organisatorisch

Voor 2003 hadden de thuiszorgorganisaties geen relatie met de gemeenten. thuiszorg en gemeenten hebben deze relatie de afgelopen jaren moeten opbouwen. De afgelopen jaren is veel tijd en energie gaan zitten in het maken van samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en uitvoerder. Wij zien dat deze afspraken op institutioneel niveau (dus gemeenten met GGD/thuiszorg of tussen GGD en thuiszorg) overal tot stand zijn gekomen. Het betreft dan steeds de opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie en de wijze van verantwoording. Anders dan de fusies die in vier regio's (en één regio ten dele) hebben plaatsgevonden, zien wij geen andere vormen van bestuurlijk organisatorische integratie. Pas de laatste maand (september 2006) zijn ons twee verzoeken ter ore gekomen waarin de uitvoerders gezamenlijk één JGZ manager willen aanstellen. Er worden ook experimenten gedaan om personeel uit te wisselen (vervanging) en gezamenlijk aan deskundigheidsbevordering te doen. Maar in de uitvoering van het werk zijn GGD en thuiszorg nog sterk gescheiden werelden. Ieder blijft op zijn eigen domein.

De regierol van de gemeenten voor de 0- tot 19-jarigenzorg heeft er wel toe geleid dat de 0- tot 4-jarigenzorg is ingebed in het lokale Jeugdbeleid. Dat was voor 2003 niet het geval.

b Beleidsmatig

Op beleidsmatig niveau is de situatie niet gunstiger. In de meeste regio's zijn er in de afgelopen drie jaar wel nota's tot stand gekomen die aanzetten tot een gezamenlijk JGZ beleid of facetten daarvan. Maar in de meeste gevallen zijn het plannen van aanpak geweest om tot (meer) integratie te komen en zijn zij de uitwerking van de bestuurlijke afspraken over de samenwerking tussen gemeenten en organisaties. Echte inhoudelijke beleidsontwikkeling komt niet tussen de instellingen tot stand. Werkplannen gaan in de meeste gevallen niet over de grenzen van de organisatie heen.

c Inhoudelijk

De mate waarin de activiteiten inhoudelijk aansluiten is sterk afhankelijk van de samenwerkingsvorm tussen gemeenten, thuiszorg en GGD. Er is veel meer aandacht gekomen voor de overdracht van het dossier. In veel gevallen vindt die overdracht goed plaats. Maar wat betreft het wegnemen van de cesuur in de zorg op 4-jarige leeftijd moeten we constateren dat deze er nog steeds is. Verder zijn overal in het land pogingen gedaan om een gezamenlijk maatwerkaanbod te (laten) ontwikkelen. In de meeste gevallen komt men tot een bundeling van het maatwerkaanbod van de afzonderlijke partijen. Bij nieuwe projecten gefinancierd met 'nieuw geld' slagen de gemeenten er wel in om thuiszorg en GGD te bewegen met een gezamenlijk aanbod te komen. Maar daar waar nog sprake is van gescheiden uitvoering is nauwelijks sprake van afstemming van zorg, advisering en voorlichting aan ouders.

d Samenwerking

Op het gebied van epidemiologie werkt twee derde van de GGD'en en thuiszorg samen. Uitgaande van een situatie waarin de thuiszorg nauwelijks aan epidemiologisch onderzoek deed is dat een vooruitgang. Afstemming over alle aspecten van gvo is sporadisch op gang gekomen. Bij de realisatie van nieuwe gezondheidscentra, brede scholen, centra voor jeugd en gezin betrekken thuiszorg en GGD steeds vaker een gezamenlijke locatie. Wij zien echter nog weinig voorbeelden waarin de ene uitvoerder zich door de andere laat vertegenwoordigen. De grootste winst in vergelijking met voorheen is dat thuiszorg en GGD nu beide betrokken zijn.

Totaalbeeld

Om de mate van integratie te bepalen, hebben wij een scoring ontwikkeld die op objectieve wijze de mate van integratie beoordeelt. Deze score is gebaseerd op informatie uit de vragenlijsten voor de uitvoeringsorganisaties. Hiervoor werden door de onderzoekers en de leden van de begeleidingscommissie cijfers gegeven aan een gekozen set van voor de integrale JGZ relevante items. De resultaten worden in detail besproken in het deelrapport 'Uitvoeringsorganisaties'. In de bijlage van dit deelrapport worden ook de afzonderlijke items besproken per onderdeel. In bijlage 2 van deze hoofdrapportage zijn de belangrijkste uitkomsten van de totaalscore per organisatie opgenomen. Ook is hierin de waarde opgenomen die de organisaties zelf toekennen aan de inhoudelijke voortgang rondom de integrale JGZ.

De belangrijkste conclusies van de score zijn, dat:

- a de organisaties het relatief goed doen op:
 - er is één cliëntdossier
 - de afspraken over overdracht van kinderen van thuiszorg naar GGD
 - gezamenlijke projecten bevorderd door de gemeenten
 - JGZ vanuit één locatie
 - de invulling door de gemeente van de regierol.
- b de organisaties het minder goed doen op:
 - er is een gestructureerde samenwerking (mate van afstemming van (beleids)plannen, contacten over fusie en integratie)
 - professionals passeren de kindleeftijdgrens van 4 jaar (gezamenlijk inwerken, scholing, projecten, detachering personeel)
 - afstemming over de inhoud van zorg, advies en voorlichting
 - samenwerking op het gebied van epidemiologie
 - samenwerking op het gebied van groepsgerichte voorlichting.

Omdat de indicatoren totstandkoming van 'er is een gestructureerde samenwerking', 'professionals passeren in hun werk de kindleeftijdgrens van 4 jaar' en 'afstemming van de inhoud van zorg, advies en voorlichting' relatief zwaar wegen in de totaalscore van de schaal integrale JGZ, lukt het slechts 14 van de 93 organisaties (15%) om boven de drempel van 75 te komen. Hierbij gaat het om drie thuiszorgorganisaties (6%), negen GGD (22%) en twee GGD 0-19 (50%).

thuiszorg én GGD waarden zelf het resultaat van JGZ-integratie met respectievelijk gemiddeld 3,22 en 3,09 op een schaal van 1 tot 5. De GGD'en 0-19 waarden zelf het resultaat met gemiddeld 4,5.

Conclusie

Onze conclusie is dat de resultaten op het gebied van de integratie van de JGZ tegenvallen. Vergeleken met drie jaar geleden is er onmiskenbaar veel gebeurd en veel in gang gezet. Er zijn veel ontwikkelingen geweest op het gebied van de samenwerking tussen thuiszorg en GGD. Vooralsnog heeft dat niet geleid tot betere en/of meer geïntegreerde zorg. Voor een groot deel van het land geldt dat uitvoerders zijn blijven doen wat zij al deden. Men kent elkaar tegenwoordig wel en men houdt elkaar veel beter in de gaten. Dat is winst, maar in het licht van de doelstellingen van de integrale JGZ een mager resultaat.

Aanbevelingen

Wil men op termijn tot echte integratie van zorg komen, dan moeten de institutionele belangen ondergeschikt worden gemaakt aan de inhoudelijke belangen en moet de verbijzonderde financiering (RSU) voor de 0- tot 4-jarigen vervallen. Er moet een wijze van financiering van de JGZ komen. Wij zien dat gemeenten niet in staat zijn om plannen door te voeren, als de bestaande instellingen zorg of budget moeten inleveren. Gemeenten stuiten dan op de institutionele belangen van de uitvoerders. De cesuur op 4-jarige leeftijd blijft in stand en de integratie blijft beperkt door de aparte uitvoering bekrachtigd met een specifieke financiering.

Voor ons betekent dit dat de gemeente van doen moet krijgen met één uitvoeringsorganisatie voor de JGZ 0-19. Alleen dan heeft zij zoveel vat op de JGZ dat zij haar jeugdbeleid kan registreren. Vanuit deze gewijzigde situatie moeten nieuwe beleidsnota's worden ontwikkeld en samenwerking met derden vormgegeven worden.

3.11 Criterium 13: Tevredenheid klanten

Beschouwing

De thuiszorg voert meer onderzoek uit naar klanttevredenheid dan de GGD. Maar ook meer dan de helft van de GGD'en heeft de tevredenheid van de klanten onderzocht. Wij hebben een aantal onderzoeken bestudeerd en over het algemeen ontstaat het beeld dat de klanten tevreden zijn. Indien er klachten of opmerkingen zijn, dan gaan die vooral over wachttijden, communicatie, bereikbaarheid (ook telefonisch) en flexibiliteit.

Conclusies

Het is op dit moment nog niet te zeggen of het nieuwe bestel geleid heeft tot ontwikkelingen die door ouders of jongdigen als (on)gewenst worden ervaren. Hiervoor is het nodig dat onderzoeken naar de klanttevredenheid onder ouders/jongeren van voor en na 2003 vergeleken kunnen worden. Omdat diverse onderzoeksmethoden gebruikt zijn voor en na 2003 is vergelijking moeilijk. Uit de gevonden en bestudeerde onderzoeken was er 'én GGD die voor en na de invoering van het nieuwe bestel de tevredenheid van ouders heeft onderzocht, deze constateert geen verschil in tevredenheid.

Aanbeveling

Klanttevredenheid moet als vast item worden getoetst door de instellingen. Het project 'Beter Voorkomen' dat in februari 2006 van start is gegaan, heeft tot doel de kwaliteit van de publieke gezondheidszorg in Nederland systematisch te bewaken en te verbeteren. De JGZ en de klanttevredenheid maken hiervan onderdeel uit.

3.12 Bekostiging BTP (volume en verdeling)

Beschouwing

De Raad voor de Financiële Verhoudingen heeft de vraag gesteld of de financiële middelen voldoende zijn om het uniforme deel van het BTP uit te voeren en in hoeverre de bekostiging van het uniforme deel via een tijdelijke specifieke uitkering voldoende aansluit bij de praktijk. Wij onderkennen daarin een volumevraag. Daarnaast speelt een verdelingsvraag, te weten, sluit de verdeling over gemeenten aan bij de kosten.

Het uniforme deel wordt deels gefinancierd met middelen uit het gemeentefonds en deels uit de RSU. In de regeling RSU wordt gesproken over de JGZ 0 tot 19 jaar. De RSU is gevoed met middelen die zijn overgeheveld uit de AWBZ en een donatie van 16 miljoen extra om macro gezien de kosten van het uniforme deel van het BTP te kunnen dekken. De RSU was een aanvulling op de middelen die al uit het gemeentefonds werden aangewend voor de uitvoering van de JGZ.

De hoogte van het bedrag dat is overgeheveld uit de AWBZ is gebaseerd op de kosten van de uitvoering van het uniforme deel 0 tot 4 van het BTP. In de praktijk wordt het geld uit de specifieke uitkering door gemeenten ingezet ter bekostiging van het uniforme deel 0 tot 4 jaar. Om de vraag van de Raad te kunnen beantwoorden hebben wij voor het onderzoek aangesloten bij deze praktijk. De RSU is vergeleken met de kosten van 0- tot 4-jarigenzorg.

De kosten van de 4- tot 19-jarigenzorg zijn vergeleken met de uitgaven die gefinancierd worden uit het gemeentefonds. Gemeenten wenden deze middelen uit het gemeentefonds aan ten behoeve van de JGZ. Het is niet na te gaan in hoeverre deze middelen in het verleden in voldoende mate in het gemeentefonds zijn gestort. De clusters van het gemeentefonds zijn herijkt. Bij een herijking van een cluster wordt gekeken naar overschotten of tekorten en wordt een nieuw budget vastgesteld. Dit budget moet dan toereikend zijn voor de uitvoering van de taken. Er is onderzocht of de gemeenten met de middelen die ze inzetten uit het gemeentefonds het BTP kunnen uitvoeren.

In het Bekostigingsonderzoek komen wij tot de conclusie dat er op landelijk niveau geen aanwijzingen zijn dat de totale beschikbare middelen tekort schieten voor de uitvoering van het uniforme deel van het BTP. Macro gezien wordt het uniforme deel uitgevoerd met de beschikbare budgetten (ingezet uit het gemeentefonds en RSU) en in sommige regio's doet men nog extra dingen met het budget. De feitelijke kwaliteit van de uitvoering hebben wij niet getoetst.

De Raad voor de Financiële Verhoudingen heeft tevens de vraag gesteld in hoeverre de bekostiging van het uniform deel via een tijdelijke specifieke uitkering voldoende aanluit bij de praktijk.

Wij constateren ook dat in de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de berekening van het macrobudget enige ruimte blijkt te zitten. Veel thuiszorgorganisaties doen bijvoorbeeld méér contactmomenten per dagdeel dan de richtlijn voor de uitgangspunten van de kosten voorschrijft (van Naem, 2002)

Wij zien geen directe relatie met de werkelijke bedragen per kind. De uitvoering van de JGZ lijkt sterk gestuurd op basis van beschikbaar budget. Wij kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat de uitvoerders financieel gezien de tering naar de nering zetten. Men doet het werk voor het geld dat men er voor krijgt van de gemeenten

Uiteindelijk blijkt bijna elke organisatie de JGZ uit te voeren met de opgetelde RSU van de gemeenten waarvoor men werkt. Wij zien daardoor geen directe relatie met de werkelijke kostprijzen per kind.

Deze manier van begroten en afrekenen heeft ook gevolgen voor de kosten per kind. Er blijken tussen de instellingen grote verschillen te bestaan. Deze verschillen worden nauwelijks door de doelmatige of ondoelmatige bedrijfsvoering verklaard. Wij constateren dat deze verschillen in prijs per kind vooral worden veroorzaakt door de gehanteerde RSU-verdeelsleutel. De RSU wordt verdeeld op basis van een verdeelsleutel, waarin landelijke gebieden met veel kernen en relatief weinig kinderen worden bevoordeeld. Deze gemeenten blijken een overschot te hebben als wij de landelijke prijs per kind vergelijken met de lokaal uit de RSU ontvangen opbrengst per kind. Voor verstedelijkte gebieden met veel kinderen in weinig kernen geldt het tegenovergestelde effect.

Naast de verstedelijkte gemeenten met weinig kernen zien wij nog een tweede groep gemeenten die structureel tekort komt aan de RSU. Dat zijn de gemeenten met een Vinex-locatie. In deze wijken zijn veel 0-jarigen die intensieve zorg krijgen in het uniforme programma. Zij komen te kort aan de RSU, omdat de financiering een jaar achterloopt bij het aantal kinderen en juist het eerste jaar zijn er veel contactmomenten.

Conclusie

Het onderzoek heeft weinig inzicht opgeleverd in de werkelijke kosten van het uniform deel voor de 0- tot 4-jarigen. Men berekent zoveel kosten als het RSU budget toelaat. Wij hebben op macroniveau niet de indruk dat de RSU tekort schiet. Wel zijn er problemen bij de bekostiging van gemeenten met Vinex-locaties. Zij komen tekort aan de RSU doordat de financiering een jaar achterloopt op het werkelijke inwoneraantal. Daarnaast hebben verstedelijkte gemeenten een financieel probleem. Dit ontstaat doordat bij de verdeling van de RSU relatief veel rekening wordt gehouden met het aantal kernen en het geografische oppervlak van een gemeente. Gemeenten met weinig kernen en veel inwoners op een klein gebied komen daardoor tekort (bijvoorbeeld Den Haag en Utrecht). Omdat de JGZ vooral budget gefinancierd is, leidt dit ook tot voor- en nadeelthuiszorgorganisaties.

Het BTP 4 tot 19 jaar wordt na herijking van de clusters uit het gemeentefonds volledig uitgevoerd. De middelen die de gemeenten inzetten zijn voldoende voor de uitvoering van het uniforme deel van het basistakenpakket.

Aanbevelingen

Onze aanbeveling is de omvang van de RSU-middelen in stand te laten voor de uitvoering van het uniforme deel 0 tot 4 van het BTP als het programma ongewijzigd blijft. Wel adviseren wij om de verdeelsleutel voor de RSU aan te passen. De verdeelsleutel moet worden aangepast op maatstaven die de uitvoeringskosten beïnvloeden. Deze zijn in ons onderzoek onvoldoende naar boven gekomen. Organisaties waren niet in staat om een goede splitsing in de kosten te maken.

3.13 Uitgaven maatwerk

Beschouwing

Een volgende vraag van de Raad is of er significante verschillen bestaan in kosten of uitgaven van gemeenten bij de uitvoering van het maatwerkdeel van het BTP, die aanleiding zouden kunnen zijn voor een bijstelling van de verdeling van de middelen in het cluster Bijstand en Zorg. De middelen voor maatwerk komen uit het gemeentefonds. Ook voor het maatwerk geldt, dat het wordt gestuurd op basis van het beschikbare budget.

De voormalige TRV-middelen blijken in de relatie gemeenten en thuiszorg nog vaak het ijkpunt voor de omvang van de bestedingen te zijn. De maatstaven die gebruikt zijn om de TRV aan het gemeentefonds toe te voegen leiden er toe dat grote gemeenten relatief veel budget hebben. Dit sluit aan bij de veronderstelling dat grotere gemeenten meer risicokinderen en – gezinnen kennen.

Het maatwerk 4 tot 19 jaar werd door gemeenten al uit de algemene uitkering uit het gemeentefonds gefinancierd. Of en op welke gronden deze middelen in het gemeentefonds zijn gestort is niet na te gaan. Bij de GGD'en zien we dat het maatwerk verschilt per GGD. De gemeenten betalen de JGZ via een bijdrage per inwoner. Deze bijdrage wordt door een groot deel van de GGD'en niet gesplitst naar uniform en maatwerk.

Bij de GGD'en die de opbrengsten van het maatwerk hebben uitgesplitst, zien we dat de ruimte voor maatwerk in 2005 lager is dan in 2003. De invoering van het basistakenpakket heeft geleid tot hogere kosten voor het uniforme deel, waardoor er minder budget overbleef voor het maatwerk.

Net zoals bij de thuiszorgorganisaties zien we dat de regio's met relatief grote steden meer aan maatwerk besteden dan de landelijke regio's.

De gemeenten hebben aangegeven, dat zij prioriteiten stellen bij de keuze van het maatwerk. Er is onvoldoende budget om al het noodzakelijke maatwerk uit te laten voeren.

Conclusie

Op basis van de veronderstelling dat grotere gemeenten meer geld nodig hebben voor de zorg voor risicokinderen is er geen grond om de verdeling van maatwerkmiddelen binnen het gemeentefonds aan te passen.

Aanbeveling

Geen wijziging aanbrengen in de wijze van verdeling van maatwerkgelden.

3.14 RSU in gemeentefonds

Beschouwing

Eén van de centrale vragen van het onderzoek is of de RSU kan worden overgeheveld naar het gemeentefonds of dat de RSU als specifieke regeling moet worden voortgezet omdat de integratie nog niet is voltooid. Op basis van ons onderzoek komen wij tot de paradoxale constatering dat de RSU eerder belemmerend werkt voor de integratie dan bevorderend. In de eerste plaats roept een doeluitkering bij de uitvoerders de neiging op om de kosten te begroten op basis van het beschikbare budget (zie hiervoor). In de tweede plaats laten de gemeenten zich bij hun inspanningen evengoed leiden door de omvang van het budget in plaats van door de omvang van het probleem. In de derde plaats blijkt door de gescheiden financiering van de JGZ (deels specifieke uitkering en deels gemeentefonds) het in de praktijk moeilijker te worden om iets in de uitvoering van de JGZ te wijzigen. De RSU conserveert de bestaande situatie. Men komt nauwelijks tot beleidsvernieuwing. Aan de andere kant geeft een deel van de gemeenten aan dat met handhaving van de RSU het meest gewaarborgd wordt dat het geld ten goede komt aan de JGZ.

Conclusie

Financieel-technisch zijn er geen belemmeringen om de RSU toe te voegen aan het gemeentefonds. Ook inhoudelijk zijn er vanuit de JGZ geen argumenten om voor behoud van de RSU te pleiten. De RSU blijkt eerder belemmerend te werken voor de integratie van de JGZ en de organisaties dan bevorderend, doordat het de gescheiden uitvoering bestendigt. Vanuit dit onderzoek hebben wij sterke argumenten om de specifieke uitkering te beëindigen. Voor de JGZ maakt het geen verschil of dit bedrag vervolgens wordt toegevoegd aan het gemeentefonds of wordt opgenomen in een brede doeluitkering voor Jeugdbeleid. De financiering van het volledige BTP moet uit één bron gebeuren. Als er gekozen wordt voor een brede doeluitkering moeten de middelen uit het gemeentefonds worden overgeheveld.

Aanbevelingen

Hoewel circa een kwart van de gemeenten de RSU ziet als een waarborg dat JGZ-geld aan JGZ wordt besteed, adviseren wij toch om de RSU af te schaffen. Voorwaarde is dat het uniforme deel van het BTP zo goed is omschreven, dat extern kan worden getoetst of het BTP goed wordt uitgevoerd. Ons advies is wel om de verdeling van de RSU over gemeenten *binnen* het gemeentefonds op een andere manier te verdelen. De wegingsfactor 'aantal kernen' en 'oppervlakte' blijkt geen relatie te hebben met de manier waarop de kosten ontstaan. Het 'aantal kinderen 0-4' blijkt doorslaggevend. Omdat er tijdens de evaluatie geen betrouwbaar beeld is ontstaan van de kosten van de uitvoeringsorganisatie is nader onderzoek voor de vaststelling van een goede verdeling bij overheveling naar het gemeentefonds nodig.

3.15 Criterium 14: Belemmerende factoren bij integrale JGZ

Tot slot bij dit overzicht van de resultaten van de Evaluatie JGZ komen wij terug bij het laatste criterium van de IGZ. Die behelst de vraag welke belemmerende factoren te onderkennen zijn voor te integratie. Wij behandelen deze vraag als laatste omdat in het antwoord de resultaten van het onderzoek samengevat worden.

Beschouwing

Wij hebben uitgebreid onderzoek gedaan. Wij constateren dat velen zich vanaf 2003 hebben ingezet om de integratie in de JGZ tot stand te brengen. Wij concluderen ook dat dit heeft geleid tot verbeteringen in de afstemming tussen thuiszorg en GGD. Maar de resultaten op het gebied van integrale zorg dienen verder te verbeteren. Wij vonden een aantal factoren dat belemmerend werkt op het realiseren van integrale JGZ:

- a In veel regio's zijn bij de uitvoering meerdere uitvoeringsorganisaties betrokken. Eén thuiszorgorganisatie werkt vaak samen met meerdere GGD'en en één GGD met meerdere thuiszorgorganisaties. Deze incongruente verzorgingsgebieden leiden ertoe dat er onevenredig veel tijd en energie moet worden gestoken in afstemming, hetgeen de efficiënte bedrijfsvoering niet ten goede komt. En omdat één organisatie zich op verschillende samenwerkingsverbanden moet richten ontstaat er ook verlies aan doeltreffendheid en doelmatigheid.
- b In veel regio's zijn twee vormen van gemeentelijke aansturing naast elkaar ontstaan. Gemeenten geven op lokaal niveau aansturing aan de thuiszorg en op regionaal niveau aan de GGD. Vervolgens moeten GGD en thuiszorg hun programma's en werkzaamheden in verschillende verbanden op elkaar afstemmen. Ook dat leidt tot inefficiëntie.
- c Het budget voor de JGZ gaat voor een belangrijk deel op aan het uniform deel van het BTP. De vrije financiële ruimte om in te spelen op lokale problemen en de lokale situatie is gering. Gemeenten met ambities zijn teleurgesteld in de mogelijkheden om de regie te kunnen voeren.
- d De RSU heeft ongunstige bijwerkingen. De aparte geldstroom voor de 0- tot 4-jarigen bevordert onbedoeld de gescheiden uitvoering. Uitvoerders menen 'recht' te hebben op een deel van het werk en het bijbehorende budget. Het is moeilijk om tot andere - en wellicht meer geïntegreerde - werkwijzen te komen. De bestaande situatie wordt geconserveerd.
- e Een andere bijwerking van de RSU is dat zij de animo van gemeenten tot samenwerking onder druk zet. Sommige gemeenten blijken RSU geld over te houden, andere hebben een tekort. Op regionaal niveau zouden deze verschillen zich (kunnen) verevenen. Het blijkt in praktijk lastig om bij grote verschillen duurzaam tot regionale verevening te komen. Dat belemmert de samenwerking tussen GGD en thuiszorg⁴.
- f In het convenant hebben de partijen afgesproken dat er recht is op vergoeding van frictiekosten als de gemeente zou besluiten de zorg aan een andere organisatie op te dragen. De gemeente moet deze vergoeding betalen. Deze toezegging bleek in meerdere regio's een blokkade te zijn geweest om één uitvoeringsorganisatie tot stand te brengen.

⁴ Zie de regio's IJssel Vecht, Noord en Middel Limburg, Zuid-Holland West

- g In veel gemeenten wordt de wethouder nauwelijks gesteund door de gemeenteraad. De jeugdgezondheidszorg heeft weinig politieke prioriteit. Daarin lijkt echter wel een kentering te komen. Sinds de verkiezingen van 2006 valt JGZ bij een aantal gemeenten onder de portefeuille Jeugd. Daarmee wordt JGZ afgescheiden van openbare gezondheidszorg en krijgt het meer specifieke aandacht.

3.16 Rol van de Taskforce en het Platform JGZ

Binnen de evaluatie JGZ 2006 bestond de opdracht om de taken en de rol van de Taskforce JGZ en het Platform JGZ in ogenschouw te nemen. De vraag daarbij was, in hoeverre de Taskforce JGZ en het Platform JGZ een bijdrage hebben geleverd aan de integrale JGZ.

Het Platform JGZ is ingesteld op basis van artikel 8 van het 'Convenant inzake de voorbereiding van de invoering van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg'.

Het Platform JGZ was operationeel sinds medio februari 2003. Het Platform had als kerntaak het beoordelen, bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de JGZ, meer specifiek het BTP JGZ. Met ingang van 1 januari 2006 werden de werkzaamheden van het Platform JGZ overgedragen aan het per dezelfde datum opgerichte Centrum Jeugdgezondheid, onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

De Taskforce JGZ is op 1 juni 2003 ingesteld. Hun opdracht was: de weg effenen voor een soepele invoering van het basispakket Integrale Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Op 1 juni 2005 beëindigde de Taskforce haar werkzaamheden.

De resultaten van het Platform JGZ en de Taskforce JGZ

Binnen het Platform JGZ zijn een groot aantal producten en activiteiten, publicaties en bijeenkomsten gerealiseerd. Diverse stukken relevant voor de Evaluatie zijn: het Advies 3: Advies Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar, Visie op de integrale Jeugdgezondheidszorg in 2010 (groeidocument 03) en de Evaluatie Richtlijn Contactmomenten JGZ 0-19 jaar.

De Taskforce JGZ heeft verschillende malen adviezen gegeven en heeft daarbij praktische oplossingen aangedragen om de uitvoering van het BTP goed te kunnen laten verlopen. Aan het einde van hun werk stelde de Taskforce JGZ vast dat de integratie nog niet voldoende gerealiseerd is. Het proces is nog in volle gang. De Taskforce JGZ concludeert dat de kans op succesvolle integratie het grootst is als de JGZ wordt uitgevoerd door één organisatie. Ze geven daarbij een lijst van concrete aanbevelingen voor de implementatie in de lokale praktijk.

Bijdrage aan de integrale JGZ

We stellen vast dat beide organisaties als vraagbaak goed hebben gefunctioneerd. Ze hebben veel relevant onderzoek gedaan en diverse adviesdocumenten geproduceerd. Veel van de conclusies die destijds gesteld werden, stellen we echter in de huidige Evaluatie JGZ 2006 opnieuw. Er lijken dus weinig wijzigingen te zijn geweest sinds het aflopen van de taken van beide organisaties. Daarbij moeten we wel opmerken dat de tijd tussen het afronden van hun werk en deze evaluatie beperkt is.

We constateren dat de diverse stukken slecht geïmplementeerd zijn en dat er weinig concrete acties zijn geweest. De vraag is vervolgens wie hier verantwoordelijk voor was of is. In het convenant was niet verder uitgewerkt welke middelen het platform had om haar adviezen te implementeren. Omdat het Centrum Jeugdgezondheid (RIVM) een groot deel van de taken overneemt, ligt hier nu feitelijk het initiatief voor een verdere praktische uitwerking van de onderzoeken en adviezen.

4 Belangrijkste conclusies

Per criterium en vragen van de financiële verhoudingen zijn in hoofdstuk 3 diverse zaken aan bod gekomen, conclusies getrokken en verschillende aanbevelingen gedaan. In dit hoofdstuk wordt op basis van die informatie antwoord gegeven op de onderstaande hoofdvragen van het evaluatieonderzoek.

- Wat heeft de gewijzigde Wcpv de kinderen in Nederland tussen 0 en 19 jaar voor verbeteringen gebracht (peildatum 1 januari 2006) en
- Is het bestuurlijke arrangement adequaat gebleken?

Wij komen op basis van ons onderzoek tot de conclusie dat de Wcpv 2003 vooralsnog onvoldoende verbetering heeft gebracht voor de kinderen tussen 0 en 19 jaar. Daar staat tegenover dat er in onze optiek ook geen sprake is van een verslechtering. En dat is in het midden van een omvormingsproces een compliment aan alle betrokkenen.

Dat er nog weinig merkbaar is geweest van de gewijzigde Wcpv wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het bestuurlijke arrangement. Wij constateren in ons onderzoek dat de afspraken uit het convenant de situatie van voor 2003 meer conserveert dan dat zij de integratie bevorderen. Hoewel thuiszorg en GGD elkaar hebben leren kennen, is er op het gebied van de inhoudelijke integratie onvoldoende vooruitgang geboekt.

Positief is dat het idee van een BTP over het algemeen door partijen wordt geaccepteerd. Er zijn nog altijd discussies mogelijk over inhoud en omvang van het uniforme deel. Maar over het geheel genomen onderschrijven gemeenten en uitvoeringsorganisaties het nut van het basistakenpakket. Ook staat niet ter discussie dat de gemeenten de regie moeten hebben en nemen over de 0- tot 19-jarigen zorg. Deze twee - belangrijke - uitgangspunten staan als zodanig niet meer ter discussie.

Wij zien echter ook dat het bestuurlijke arrangement een aantal elementen bevat die een inhoudelijke integratie belemmeren.

- a De specifieke uitkering JGZ (RSU) blijkt in praktijk gedeelde zorg in stand te houden. De RSU wordt betaald aan de thuiszorg voor de 0- tot 4-jarigenzorg, terwijl de GGD voor haar werk steunt op een bijdrage per inwoner. Voor gemeenten blijkt het lastig bestuurlijke accenten te verschuiven omdat zij dan stuiten op de institutionele belangen van de uitvoeringsorganisaties. Dat leidt tot lastige, langdurige en kostbare discussies, met GGD en thuiszorg.

- b De incongruentie van verzorgingsgebieden van thuiszorg en GGD heeft tot gevolg dat er op veel plaatsen ingewikkelde constructies voor 'veelpartijensamenwerking' ontstaan. Eén GGD moet vaak met diverse thuiszorgorganisaties samenwerken, terwijl één thuiszorgorganisatie met meerdere GGD'en tot afstemming moet komen. Dit leidt tot verlies aan effectiviteit (eenduidigheid) en doelmatigheid.
- c Daar waar sprake is van samenwerking tussen thuiszorg en GGD ontstaat in de meeste regio's een dubbele aansturing van de o- tot 19-jarigenzorg. De gemeenten maken op lokaal niveau afspraken met de thuiszorg voor het o- tot 4-jarigendeel en op regionaal niveau met de GGD. Deze dubbele aansturing bevestigt de gedeelde zorg en belemmert de integratie.
- d De plicht van de gemeente om frictiekosten te vergoeden aan de partij die zijn rol in de JGZ verliest, heeft een aantal gemeenten doen terugdeinzen om de o- tot 4-jarigenzorg van de thuiszorg te integreren in de GGD. Men wilde komen tot één uitvoeringsorganisatie, maar zag ervan af toen de frictiekosten (en de meerkosten voor de arbeidsvoorwaarden) werden berekend.
- e De gemeenten hebben weinig mogelijkheden om een vuist te maken in hun regie. Het is lastig om als samenwerkende gemeenten op één lijn te komen, de budgettaire ruimte om de uitvoering te regisseren is krap, en de uitvoeringsorganisaties hebben als regionale 'monopolist' een relatief sterke positie.

Het bestuurlijke arrangement is daarom naar onze mening niet geslaagd. De afspraken in het convenant hebben tot gevolg, dat de situatie van voor 2003 op veel plaatsen is geconserveerd. Inhoudelijke integratie komt onvoldoende tot stand, omdat zij stuit op de belangen van de uitvoeringsorganisaties.

Toch pleiten wij niet voor een ingrijpende wijziging van structuur. Er is immers wel bereikt dat:

- de meeste kinderen het uniforme pakket krijgen aangeboden
- de gemeenten lokaal/regionaal een beeld van jeugd beschikbaar hebben.

De Wcpv is in zijn gewijzigde vorm sinds 2003 in werking en de periode waarover de evaluatie plaatsvindt, is relatief kort. Zodra de uitgangspunten ter discussie komen te staan, zal dat er onmiskenbaar toe leiden dat alles wat wél tot stand is gekomen weer op losse schroeven komt te staan. Wij formuleren daarom aanbevelingen, die uitgaan van de bedoelingen van de Wcpv 2003. En die de belemmeringen zoals wij die signaleren kunnen wegnemen of ontkrachten.

Belangrijkste aanbevelingen

Naast de conclusies op basis van het evaluatieonderzoek doen wij een aantal aanbevelingen, dat in overweging kan worden genomen bij de verdere vormgeving van de integrale JGZ

In het hoofdrapport en de deelrapporten zijn diverse aanbeveling opgenomen. Wij beperken ons in dit hoofdstuk tot de belangrijkste.

Aanbeveling 1: Werk uniform deel BTP goed uit

Van groot belang is dat het BTP ondubbelzinnig wordt beschreven. Het moet zo duidelijk zijn uitgewerkt dat een externe partij de kwaliteit en de intensiteit van de uitvoering moet kunnen toetsen. Wij pleiten er daarbij voor dat het BTP alleen bestaat uit het uniforme deel. Via dit uniforme deel wordt de basiszorg geleverd aan elk kind. Het rijk moet het initiatief nemen voor de beschrijving van het uniforme deel. Daarnaast bevelen wij aan het begrip maatwerk alleen te gebruiken voor taken die op geleide van de gemeente(n) worden uitgevoerd. Via dit maatwerk werkt de JGZ ondersteunend aan het lokale beleid. Alles wat niet expliciet is beschreven als onderdeel van het uniforme deel van het BTP is vanaf dat moment maatwerk.

Aanbeveling 2: Beëindiging frictiekostenvergoeding

Per 1 januari 2008, na afloop van het convenant, zal het toegekende recht op frictiekosten vervallen. We verwachten dat daarmee een belemmerende factor om te komen tot een uitvoeringsorganisatie JGZ 0-19 vervalt. Als een nieuwe uitvoerder personeel, materieel en relevante contracten overneemt van de vorige uitvoerder, dan ontstaan er dus hoofdzakelijk frictiekosten vanuit de toegerekende overhead. Wij constateren in ons onderzoek dat deze toerekening nauwelijks gebaseerd is op de werkelijke kosten. De berekening van te vergoeden frictiekosten zal daarom leiden tot eindeloze discussies. Het lijkt veel raadzamer om de dienstverlening conform de bepalingen van de Algemene wet bestuursrecht te beëindigen. En dat betekent dat er een redelijke overgangstermijn wordt afgesproken. Eenmalige financiële middelen beschikbaar gesteld door VWS kunnen het integratieproces stimuleren.

Aanbeveling 3: Schaf de RSU af

Hoewel circa een kwart van de gemeenten de RSU als een waarborg ziet dat JGZ geld niet aan andere dingen wordt besteed, en hoewel ook de doelstellingen van de integratie nog onvoldoende blijken te zijn behaald, adviseren wij toch om de RSU af te schaffen en zo snel mogelijk aan het gemeentefonds toe te voegen.

De RSU blijkt namelijk een splijtzwam te zijn in de samenwerking tussen gemeenten en thuiszorg en bij de samenwerking tussen thuiszorg en GGD. Voorwaarde voor de afschaffing van de RSU is dat extern kan worden getoetst of het uniforme deel van de basistaken goed wordt uitgevoerd en dat het ministerie (op aangeven van de IGZ) kan ingrijpen als dit niet gebeurt. Ons advies is echter wel om de verdeling van de RSU over gemeenten *binnen* het gemeentefonds op een andere manier te verdelen. De wegingsfactor 'aantal kernen' en 'oppervlakte' blijkt geen enkele relatie te hebben met de manier waarop de kosten ontstaan. Het 'aantal kinderen' blijkt doorslaggevend. Als de financiering van de JGZ wordt gecombineerd met andere geldstromen Jeugdbeleid kan er ook worden gekozen voor een brede doeluitkering. Belangrijk is een financieringsvorm voor de JGZ.

Aanbeveling 4: Doteer extra geld voor maatwerk

Wij constateren in ons onderzoek dat de RSU over het algemeen volstaat om het uniforme deel voor de 0- tot 4-jarigen uit te voeren. De voormalige TRV is voor veel gemeenten een goed ijkpunt voor de bestedingen aan het maatwerk voor de doelgroep 0-4. Voor de 4- tot 19-jarigenzorg moet in het budget (de bijdrage per inwoner) een scheiding worden gemaakt tussen budget voor het uniforme deel (op geleide van het rijk, Centrum Jeugdgezondheid RIVM) en budget voor het maatwerk (op geleide van gemeente). De gemeenten hebben de invoering van het basistakenpakket 4-19 voor eigen rekening genomen. Wij zien nu in de praktijk dat er voor de populatie 4-19 relatief weinig budget voor werk op geleide van de gemeenten overblijft. Gemeenten proberen op het uniforme deel te bezuinigen om meer ruimte voor maatwerk te creëren. De uitvoeringsorganisaties zien behoeften vanuit de klanten en de gemeenten geven aan te weinig financiële middelen te hebben om al het gewenste maatwerk uit te voeren.

Om de regiefunctie van de gemeente meer houvast te geven zouden wij een extra dotatie in het gemeentefonds niet onverstandig vinden. Deze zou dan vooral ten goede moeten komen aan maatwerk.

Aanbeveling 5: Realiseer één uitvoeringsorganisatie

Onze belangrijkste aanbeveling voor de gemeenten is om zo snel als mogelijk te komen tot één uitvoeringsorganisatie voor de 0- tot 19-jarigenzorg. Met één uitvoeringsorganisatie voor de 0- tot 19-jarigenzorg lopen organisatiebelang en het zorgbelang synchroon. Ook komt er een einde aan de incongruente verzorgingsgebieden waardoor over het geheel genomen effectiever en doelmatiger kan worden gewerkt. Het vormen van één uitvoeringsorganisatie is feitelijk een randvoorwaarde voor geïntegreerde zorg JGZ 0-19. Binnen de Centra voor Jeugd en Gezin zal een geïntegreerde uitvoeringsorganisatie tot een efficiëntere invulling van de jeugdgezondheidszorg zorgen.

Aanbeveling 6: verdere discussie

De gemeenten en het rijk moeten discussie voeren over de vraag hoe het rijk de relatie ziet tussen jeugdgezondheidszorg en de lokale Centra voor Jeugd en Gezin.

Tot slot

Bovenstaande aanbevelingen bieden niet alleen betere uitgangspunten voor geïntegreerde jeugdgezondheidszorg maar sluiten goed aan bij de doelstelling van Operatie Jong. Deze operatie is ingezet om te komen tot vereenvoudiging en verbetering van de integrale aan- en besturing van het jeugdbeleid. Hiermee worden op lokaal niveau de belangrijkste knelpunten opgelost en zichtbare verbeteringen tot stand gebracht in de ontwikkelingsketen voor de jeugd.

Bijlage 1 Samenvatting uitkomsten van de deelonderzoeken Uitvoeringsorganisaties, Gemeenten en Bekostiging

Samenvatting uitkomsten deelonderzoek Uitvoeringsorganisaties

Hieronder volgt een kort overzicht van de belangrijkste bevindingen (conclusies en aanbevelingen) van het onderzoek bij de uitvoeringsorganisaties. In het volgende hoofdstuk (3) zullen de afzonderlijke criteria nader beschreven worden, inclusief de uitgebreide resultaten en de beschouwingen.

IGZ-criterium 1. Het BTP wordt conform wet- en regelgeving uitgevoerd.
IGZ-criterium 1a. Het uniforme deel van het BTP wordt daadwerkelijk uniform uitgevoerd.
IGZ-criterium 1b. Het maatwerkdeel is in voldoende mate tot stand gekomen, conform inzicht in individuele zorgbehoefte, gezondheidssituatie jeugd en prioriteiten in lokaal beleid.

Tachtig procent van de organisaties zegt het BTP daadwerkelijk uniform uit te voeren. De organisaties variëren hun contactmomenten ten opzichte van de richtlijn, zowel wat betreft het tijdstip als het aantal. Het BTP geeft de organisaties houvast maar het werkt ook belemmerend. De meestgenoemde belemmeringen zijn:

- de vrije ruimte in het uniforme deel is beperkt
- de indeling tussen uniform deel en maatwerk deel is onduidelijk
- de financiën zijn ontoereikend om het hele pakket uit te voeren
- er bestaat, vooral bij de TZO, een tekort aan artsen
- er zijn te weinig screeningsinstrumenten.

Bij 15 combinaties TZO/GGD wordt niet hetzelfde dossier gebruikt omdat de ene partner het EKD gebruikt en de andere nog niet. Het papieren dossier wordt niet gebruikersvriendelijk genoemd, vooral wat betreft de registratie van risicokinderen. De dossiers worden altijd overgedragen per post, digitaal of persoonlijk. De dossiers van risicokinderen worden meestal persoonlijk overdragen vaak nog met een toelichtend gesprek. Als knelpunten worden genoemd:

- er is geen landelijke consensus over de definitie van een risicokind
- de samenvatting in het dossier ontbreekt vaak of is onvolledig
- er is geen uniformiteit in hoe het dossier wordt ingevuld
- er is geen structurele tijd om het dossier bij te houden.

Er is een scala van maatwerk tot stand gekomen. De inhoud van het maatwerk wordt door de gemeente en/of de organisaties bepaald. Het maatwerk komt meestal tot stand op basis van gemeentelijk jeugdbeleid en signalen uit het werkveld. Het structureel overleg met de gemeenten is met bijna met alle uitvoeringsorganisaties tot stand gekomen. Er is veel bereikt. Echter, 60% van de organisaties zegt dat bepaald maatwerk waar op dit moment vraag naar is, niet geleverd kan worden. Het gaat hierbij vooral om maatwerk op het gebied van opvoedingsondersteuning. Vermoedelijk is financiering hierbij een belemmering.

Aanbevelingen

Voor VWS

- Duidelijkere omschrijving van het BTP blijkt noodzakelijk.
- Het onderdeel advisering is in het maatwerk deel opgenomen. Voorlichting en advisering moeten in het uniforme deel geplaatst worden conform het advies van het Platform JGZ.
- Maatregelen om de knelpunten op te lossen die de organisaties bij de uitvoering van het BTP aangeven: tekort aan artsen (zie ook criterium 8) en financiering (zie ook deelrapport 'Bekostiging').
- De richtlijn contactmomenten dient geëvalueerd te worden. Een wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn contactmomenten is noodzakelijk.
- Ontwikkeling van screeningsinstrumenten. Er is een dringende behoefte aan screeningsinstrumenten vooral op het gebied van psychosociale problemen (zie ook criterium 5).
- Bij de ontwikkeling van het EKD JGZ moet rekening gehouden worden met het gebruikersgemak voor de uitvoeringsorganisaties.

Voor gemeenten

- De gemeente dient nadrukkelijker besluiten te vormen over het gewenste maatwerk.

Voor de uitvoeringsorganisaties

- Alle organisaties moeten het BTP volledig uitvoeren.
- Met name GGD'en moeten protocollen voor de door de Wgbo verplichte informatie aan ouders en kinderen bij medische handelingen als hielprik en vaccinaties ontwikkelen en gebruiken.
- Voor een goede begeleiding van ouder en kind is het nodig dat er tijd is voor het volledig bijhouden van het dossier.
- Voor een optimale overdracht van een kind is het noodzakelijk dat de samenvatting in het dossier volledig is ingevuld.
- Bevorderen van de onderlinge uitwisseling JGZ 0-4 c.q. 4-19 bij het ontwikkelen van maatwerk.

IGZ-criterium 2. De nieuwe wet- en regelgeving heeft niet geleid tot ongewenste effecten wat betreft de uitvoering van de taken die onder AWBZ-financiering zijn gebleven (Rijksvaccinatieprogramma (RVP), hielprikscreening, prenatale zorg).

Er zijn geen ongewenste effecten sinds 1-1-2003 in de JGZ op de AWBZ-gefinancierde taken. Het bereik is wat betreft RVP en hielprik op het oude hoge niveau gebleven of zelfs verbeterd (RVP). De prenatale zorg wordt door meer dan 50% van de TZO's aangeboden. De deelname aan de prenatale zorg van de JGZ vertoont al tien jaar een daling. Dit lijkt echter niets te maken te hebben met de veranderde wet- en regelgeving. Landelijk zijn er ontwikkelingen gaande waarbij gekeken wordt of de JGZ zorg en preventie zou kunnen gaan bieden vanaf minus negen maanden.

Aanbevelingen

Voor VWS

- De organisatie van de AWBZ-gefinancierde taken loopt goed. Verandering van de organisatie is daarom af te raden.
- Onderzoek naar de effectiviteit van de prenatale voorlichting en oefening is nodig.
- Onderzoek naar de redenen voor de afname van de belangstelling van aanstaande ouders voor de prenatale voorlichting en oefening is noodzakelijk.
- In de doorgaande lijn in de zorg van minus 9 maanden tot 23 jaar moet meer gebruik gemaakt worden van de JGZ om de belangstelling van aanstaande ouders voor de prenatale voorlichting te optimaliseren.

IGZ-criterium 3. De registratie binnen de JGZ is zodanig dat op relevant geachte onderdelen zowel op lokaal/regionaal als op landelijk niveau een goed beeld van de jeugd en van de JGZ-activiteiten gegeven kan worden.

Alle GGD'en en 63% van de TZO's verzamelen data voor epidemiologische doeleinden. Hier zijn duidelijk verbeteringen aan te tonen ten opzichte van 1996. Toch moet geconcludeerd worden dat de registratie binnen de JGZ om op relevant geachte onderdelen, zowel op lokaal/regionaal als landelijk niveau, een goed beeld van de jeugd en de JGZ-activiteiten te geven voor de TZO's nog onvoldoende is. Cruciaal voor de uitvoering van registratie is de invoering van het landelijk EKD, dat vanaf 1-1-2008 door alle uitvoeringsorganisaties gebruikt moet gaan worden. Het landelijk begrippenkader is tot stand gekomen in de monitor JGZ. Hier wordt echter nog maar beperkt gebruik van gemaakt.

Aanbevelingen

Voor VWS

- Het door VWS versnelde traject voor de ontwikkeling en invoering van het EKD, dient gecontinueerd en gefaciliteerd te worden.

Voor de uitvoeringsorganisaties

- Voor het bepalen van het maatwerkdeel van het BTP en voor het ontwikkelen van beleid zijn epidemiologische gegevens essentieel. De TZO's die nu nog geen gegevens verzamelen voor epidemiologische doeleinden, moeten dit niet uitstellen tot de komst van het EKD, maar hiervoor samenwerken met een andere organisatie (bijvoorbeeld met de GGD'en).
- Gebruik van de standaardvraagstellingen van de Landelijke Monitor Jeugdgezondheid door de organisaties geeft landelijk inzicht in de gezondheidstoestand van de jeugd.
- Voor samenwerking is de sociale kaart belangrijk. Alle uitvoeringsorganisaties moeten een sociale kaart hebben.
- Overwogen moet worden om de sociale kaart op gemeentelijke websites te plaatsen.

IGZ-criterium 4. Het bereik van de jeugd in Nederland door de JGZ 0-19 is als voldoende te beschouwen.

De JGZ heeft beperkt inzicht in het actuele aantal jeugdigen. De registratie van het bereik is onvolledig. Op grond van de antwoorden op de vragenlijst en uit gegevens van andere onderzoeken, lijkt het bereik voor de TZO's in het eerste jaar voldoende te zijn (99%). Daarna zakt het echter op de leeftijd van vier jaar naar 72%. Voor de GGD'en ligt het bereik onder de maat van 95%. Het bereik van risicokinderen is onbekend.

De invoering van het EKD en de koppeling met het burgerservicenummer (BSN) en de gemeentelijke basisadministratie (GBA) moeten hier substantiële verbetering in brengen.

Aanbevelingen

Voor VWS

- De JGZ moet inzicht hebben in het aantal kinderen in het werkgebied. Toegang tot de GBA-gegevens is daarvoor noodzakelijk.
- Er moet een voor de hele JGZ eenduidige definitie komen van 'bereik'.

Voor de uitvoeringsorganisaties

- Er moeten maatregelen worden getroffen om beter inzicht in bereik te krijgen. Mogelijk kan het Centrum Jeugdgezondheid (RIVM) een rol hebben bij de definiëring.
- De organisaties moeten maatregelen treffen om het bereik te vergroten.

IGZ-criterium 5. Er is voldoende aandacht voor en bereik van de jeugd die in zijn gezondheid en ontwikkeling wordt bedreigd (extra zorg voor risicokinderen en – gezinnen).

De meeste organisaties hebben vastgelegd beleid ten aanzien van risicokinderen. De risicokinderen worden bij driekwart van de organisaties geregistreerd, vooral bij de TZO. Er is hierbij echter weinig uniformiteit op welke basis dit gebeurt. Vrijwel alle uitvoeringsorganisaties ervaren hierbij knelpunten, zoals onduidelijke definiëring, geen goed registratiesysteem, geen uniformiteit en weinig inzicht op groepsniveau.

Om die reden is het niet mogelijk een duidelijk cijfer voor het bereik van risicokinderen vast te stellen. Over de tijd besteed aan risicokinderen ten opzichte van 2003 wordt per organisatie zeer verschillend gedacht. Alle organisaties geven aan groepsgerichte voorlichting aan te bieden, vooral over opvoeding. Tweederde van de uitvoeringsorganisaties werkt incidenteel of structureel samen met de andere JGZ op het terrein van groepsgerichte voorlichting. Vergeleken bij 1996 is dat een grote vooruitgang.

Naar aanleiding van het rapport van de Inventgroep en het advies daarop van de Artsen(vereniging) JGZ Nederland (AJN), zullen op het gebied van signaleringsinstrumenten nadere ontwikkeling en validering volgen.

Aanbevelingen

Voor VWS

- Het traject voor een landelijke eenduidige definiëring van een risicokind of een risicogroep dient verder voortgang te hebben. Hierbij dient in ogenschouw genomen te worden dat niet alleen psychosociale problematiek een risico is voor een kind, maar dat ook de fysieke gezondheid hierin betrokken moet worden.
- Naast de definiëring moet een eenduidig registratiesysteem en een bijbehorend protocol gebruikt worden.
- Het valideringsonderzoek van signalerings- en interventie-instrumenten dient gefaciliteerd te worden. Hier moet speciale aandacht gegeven worden aan de JGZ 0-4, waar momenteel geen instrumenten beschikbaar zijn.
- De ontwikkeling en toepassing van de SDQ moeten gefaciliteerd worden.

- De bestaande onderbouwde signaleringsinstrumenten moeten voor Nederland geschikt gemaakt worden (Hermanns, 2005).
- Bijbehorende gevalideerde interventies dienen daarbij voor Nederland ontwikkeld en toegepast te worden (Hermanns, 2005).

Voor de uitvoeringsorganisaties

- Elke organisatie dient in bezit te zijn van een non-bereikprotocol, waarbij maatregelen getroffen worden om een zo hoog mogelijk bereik te verkrijgen.
- uitvoeringsorganisaties dienen zoveel mogelijk hun medewerking te verlenen bij valideringsonderzoek van signaleringsinstrumenten (zoals momenteel de SDQ).
- De hele JGZ moet de onderbouwde en voor Nederland ontwikkelde signaleringsinstrumenten en interventies toepassen (Hermanns, 2005; AJN, 2006) zodra deze beschikbaar zijn.

IGZ-criterium 6. De geografische toegankelijkheid van de JGZ is als voldoende te beschouwen.

Omdat het bereik over de jaren onveranderd is, zou de conclusie getrokken kunnen worden dat de toegankelijkheid van de JGZ voldoende is. Bij het opgeven van klachten door de klant wordt echter de slechtere bereikbaarheid (zowel geografisch als het gebouw) wel genoemd. Bovendien geeft ook een aantal organisaties aan dat de geografische bereikbaarheid verminderd is. Dit is dus een aandachtspunt.

Het is overigens onbekend of deze verandering tijdens en door het nieuwe beleid is ontstaan.

Omdat er geen klantonderzoek is afgenomen op dit punt, kunnen de overige aspecten van dit criterium (beschikbare tijd, kwaliteit locaties) niet worden beantwoord.

Aanbevelingen

Voor uitvoeringsorganisaties

- Nader onderzoek naar klanttevredenheid over de geografische toegankelijkheid is van belang om dit criterium voldoende te beoordelen.
- Indien een daling van de toegankelijkheid geconstateerd wordt, dienen hiertegen maatregelen getroffen te worden om het bereik hoog te houden.
- Er zou onderzocht moeten worden wat de wachttijden zijn voor het vaststellen van afspraken op indicatie bij de GGD.

- Bovendien zou onderzocht moeten worden of de toegankelijkheid van de JGZ en de klanttevredenheid verbeteren door het aanbod van 24 uursbereikbaarheid en spreekuren 's avonds of tijdens het weekeind.

Omdat zowel criterium 7, als 9 en 10 het personeel en de deskundigheid betreffen, wordt eerst criterium 8 besproken, waarna de genoemde criteria aan bod komen.

IGZ-criterium 8. Zowel voor de individuele uitvoeringsorganisaties als voor de JGZ als geheel komt een kwaliteitssysteem tot stand.

Er is duidelijk vooruitgang geboekt vergeleken met de voorgaande evaluatie in 1996. Voor het kwaliteitsbeleid is een landelijk kwaliteitsschema voor JGZ 0-19 jaar opgesteld om tot HKZ-certificering te komen. Vanuit het kwaliteitsprogramma 'Beter Voorkomen' zijn voor de invoering hiervan prestatieafspraken gemaakt GGD Nederland en ActiZ. Momenteel zijn eenentwintig organisaties HKZ gecertificeerd. Bijna alle organisaties hebben een klachtenregeling, een kwaliteitsverslag en een kwaliteitsfunctionaris.

Aanbevelingen

Voor uitvoeringsorganisaties

- Het kwaliteitsbeleid in de JGZ is in de laatste jaren goed op gang gekomen. Het verdient aanbeveling het HKZ systeem volgens plan in te voeren.

IGZ-criterium 7. De personele bezetting van de JGZ is zodanig, dat er sprake is van voldoende continuïteit.

Vermoedelijk door taakherschikking van artsen naar verpleegkundigen is de continuïteit tot nu toe gehandhaafd. Bij de TZO is een tekort aan artsen. Er wordt een gering tekort aan verpleegkundigen aangegeven. Dit dient bewaakt te worden. Een capaciteitsonderzoek voor artsen en verpleegkundigen wordt elders uitgevoerd (Capaciteitsorgaan).

Aanbevelingen

Voor VWS

- Taakherschikking in de JGZ moet gestuurd worden en plaats vinden op grond van inhoudelijke argumenten. Duidelijk moet zijn welke discipline de beste kwalificaties heeft voor de uit te voeren taken. Keuzes op basis van financiën zullen leiden tot afname van de kwaliteit van de zorg.

Voor uitvoeringsorganisaties

- In het landelijk opleidingsaanbod voor artsen dient er aandacht te zijn voor het ervaren tekort aan artsen in de TZO's. Acties gericht op het verhogen van de bekendheid van JGZ bij studenten geneeskunde moet gestimuleerd worden.
- Een groot gedeelte van de organisaties verwacht dat het personeelsbestand het komende jaar in beweging is. In de definiëring van het uniforme BTP en het maatwerkdeel dient er aandacht te zijn voor de uitvoering van taken specifiek door JGZ-artsen of -verpleegkundigen in het licht van de efficiëntie en kwaliteit.

IGZ-criterium 9. De JGZ beschikt over deskundigen die voldoen aan de in de Wcpv, BCPV en BJGZ aangegeven eisen.
--

Op basis van ons onderzoek is het niet mogelijk een uitspraak te doen of de medewerkers van de organisaties beschikken over de nodige opleidingskwalificaties. De gegevens van de Vreelandgroep (in opdracht van het Capaciteitsorgaan) zullen hier voor de artsen en verpleegkundigen inzicht in geven.

Er zijn nieuwe ontwikkelingen op het gebied van opleidingen die zich steeds meer richten op JGZ 0-19. Daarnaast is taakherschikking gaande. Er moet duidelijkheid komen over de eisen waaraan een organisatie moet voldoen ten aanzien van opgeleid personeel. Het grootste deel van de organisaties (87%) heeft een opleidingsbeleid vastgelegd, wat een sterke verbetering is ten opzichte van 1996.

Aanbevelingen

Voor VWS

- Academisering in het veld van de JGZ dient nader gestalte te krijgen om de kwaliteit van het werk te verhogen. Financiering is hierbij van belang.

Voor uitvoeringsorganisaties

- Nader onderzoek dient te worden gedaan naar de mate waarin in de JGZ werkzame disciplines voldoen aan de wettelijke kwalificatie-eisen.
- Een opleidings- en bijscholingsbeleid voor medewerkers is een voorwaarde om hun deskundigheid op peil te brengen en te houden. Het ontbreken van een dergelijk beleid of een beperkt beleid voor een enkele discipline is zorgelijk. Instellingen dienen zorg te dragen voor een kwalitatief goed opleidings- en bijscholingsbeleidsvoering.
- Stimulerende opleidingssubsidies, zoals deze er nu zijn voor artsen, dienen in stand gehouden te worden en te worden uitgebreid naar andere disciplines.

- Een opleidings- en bijscholingsbeleid voor alle JGZ-medewerkers is een voorwaarde om hun deskundigheid op peil te brengen en te houden. Steeds meer organisaties hebben een dergelijk beleid. Dit dient verder uitgebreid te worden, zodat alle organisaties hiervan voorzien zijn.
- Bij dit opleidings- en bijscholingsbeleid dient expliciet aandacht te zijn voor wetenschap en onderzoek. JGZ-medewerkers dienen hiertoe gestimuleerd te worden.

IGZ-criterium 10. Binnen de JGZ wordt actief gewerkt aan deskundigheidsbevordering van de medewerkers in het algemeen en ten aanzien van het BTP in het bijzonder.

Er is geen uniformiteit in inwerkprogramma's of in beoordelingen van het functioneren van de werknemers, maar het aantal inwerkprogramma's en functioneringsgesprekken is toegenomen ten opzichte van 1996. Een landelijk uniform introductieprogramma voor artsen JGZ 0-19 jaar is in 2005 tot stand gekomen.

De norm die de IGZ aangeeft (het opleidingsbudget is 3% van de loonsom) wordt niet gehaald. Het gemiddelde opleidingsbudget is 2% van de loonsom. Mogelijkheden voor ICT en intervisie zijn duidelijk toegenomen ten opzichte van 1996.

De formulering van eisen voor herregistratie voor de artsen is in ontwikkeling. Bij de meerderheid van de organisatie heeft scholing over het BTP plaatsgevonden. Ook in de opleidingen van de medewerkers is aandacht besteed aan het BTP.

Aanbevelingen

Voor uitvoeringsorganisaties

- Het achterblijvende scholingsbudget behoeft aandacht. Daarbovenop is het van belang toe te zien op het gebruik maken van het scholingsaanbod door medewerkers.
- Aanbevolen wordt om in het kader van een geïntegreerde JGZ 0-19, inwerkprogramma's, ICT en intervisie in de TZO's en GGD'en zoveel mogelijk gezamenlijk te verzorgen.

IGZ-criterium 11. De gemeenten geven in voldoende mate invulling aan de regierol in de JGZ.

Door 90% van organisaties wordt aangegeven dat het gemeentelijk beleid een gezamenlijk beleid JGZ 0-19 is, waar ze vrijwel altijd bij betrokken werden. Het aantal afspraken met de gemeenten is sterk toegenomen vergeleken met vóór 2003. Wel is opvallend dat het erg verschilt per gemeente wat er tot stand gekomen is. De JGZ is betrokken bij een groot aantal instellingen over de beleidsvoering.

De uitvoeringsorganisaties ervaren de mate waarin de gemeenten hun regierol bij de integrale JGZ oppakken wisselend, maar lijken positief. Enkele (13) organisaties noemen het ontbreken van de regie als knelpunt bij de integratie. 95% van de organisaties geeft aan door de gemeenten gestimuleerd te zijn bij de integrale JGZ.

De mening van de gemeenten over hun regierol wordt nader besproken in het deelrapport 'Gemeenten'.

Aanbevelingen

Voor VWS en uitvoeringsorganisaties

- Wat betreft de regierol zijn de meeste organisaties redelijk positief, maar nog niet overal is een integraal gemeentelijk beleid tot stand gekomen. Dit dient verder gestimuleerd te worden, zowel door de uitvoeringsorganisaties zelf, als door de gemeenten.

IGZ-criterium 12. Er is een goede aansluiting tussen de TZO en de GGD tot stand gekomen (de cesuur is in voldoende mate opgeheven).

Er zijn de afgelopen drie jaar diverse samenwerkingstrajecten tot stand gekomen maar mondjesmaat en met grote verschillen per regio. Op het gebied van epidemiologie en voorlichting werkt tweederde deel van de organisaties samen. Een derde deel van de organisaties heeft een gezamenlijk beleid voor risicokinderen en een derde deel werkt samen op het gebied van kwaliteit. Ook het maatwerk wordt soms gezamenlijk aangeboden. Op dit moment zijn er in elk geval op tien verschillende gemeenten bij diverse organisaties centra voor jeugd en gezin (inclusief JGZ 0-19) opgezet en zijn er drie in ontwikkeling.

De cesuur 0-4 jaar en 4-19 jaar, 'de knip', is echter nergens verdwenen. Ook niet bij de vier GGD'en 0-19. Er is feitelijk op dit moment beperkt sprake van integrale jeugdgezondheidszorg.

Aanbevelingen

Voor VWS

- De totstandkoming van landelijk en gemeentelijk integraal beleid op het gebied van JGZ voor 0-19 jarigen dient te worden gefaciliteerd.
- Het samenbrengen van TZO's en GGD'en in één uitvoeringsorganisatie dient te worden gestimuleerd.
- Voor de continuïteit van de JGZ verdient het aanbeveling dat meer gemeenten langdurigere afspraken maken met uitvoeringsorganisaties over uitvoering van het uniforme en maatwerkdeel van het BTP en dit in een schriftelijk contract neerleggen.

Voor uitvoeringsorganisaties

- Het verdient aanbeveling om gezamenlijke inzet en uitwisseling van personeel uit te breiden, zodat tot een verdere integratie van uitvoeringsorganisaties kan worden gekomen.
- Capaciteit van epidemiologisch onderzoekers van GGD'en dient te worden ingezet ter ondersteuning van TZO's bij de onderbouwing van het maatwerk.
- TZO's en GGD'en dienen hun beleid op het gebied van zorg, advies, groepsgerichte voorlichting, epidemiologisch onderzoek en kwaliteit meer af te stemmen, te formaliseren en een structureel in plaats van een incidenteel karakter te geven. Dergelijk beleid moet uitmonden in een integraal kader dat voor de totale JGZ 0-19 in het verzorgingsgebied geldt.
- Teneinde versneld tot een daadwerkelijke integrale JGZ en opheffing van de cesuur te komen wordt aanbevolen om tot één uitvoeringsorganisatie per regio te komen voor de JGZ 0-19 jaar.

IGZ-criterium 13a. De JGZ gaat zelf op gezette tijden na of de afnemers van de zorg, in het bijzonder ouders en jeugdigen, tevreden zijn over hetgeen de JGZ hen aan zorg heeft aangeboden.

IGZ-criterium 13b. De JGZ voldoet aan de verwachtingen van de afnemers van de zorg, in het bijzonder ouders en jeugdigen. Het nieuwe bestel heeft niet geleid tot ontwikkelingen die voor deze afnemers als ongewenst wordt ervaren.

Door het gebrek aan vergelijkbare onderzoeken door de tijd is het op dit moment niet mogelijk om veranderingen in tevredenheid van de cliënt voor 2003 en nu (door het nieuwe bestel) te onderzoeken. Wel blijkt dat de cliënten over het algemeen tevreden zijn met de zorg van de JGZ. Indien er klachten of opmerkingen zijn, gaan deze vooral over de wachttijden, de communicatie, bereikbaarheid (ook telefonisch) en de flexibiliteit.

Binnen het kwaliteitsprogramma 'Beter Voorkomen' heeft uniformering van klantonderzoek de aandacht.

Zie voor privacy en gegevensverstrekking criterium 1a.

Zie voor geografische bereikbaarheid criterium 6.

Aanbeveling

Voor uitvoeringsorganisaties

- Het is aan te bevelen voor de JGZ 0-19 eenzelfde soort vragenlijst te gebruiken, aangepast naar leeftijdsgroep en naar persoon die het invult (ouders, jeugdigen). Binnen het kwaliteitsprogramma 'Beter Voorkomen' heeft dit al de aandacht.

- Onderzoeken bij ouders van kinderen van de basisschool zijn niet gevonden en zouden in bovengenoemd project meegenomen moeten worden.
- Indien men iets wil zeggen over de tevredenheid en veranderingen daarin na de invoering van het BTP, is verder onderzoek noodzakelijk.
- De tevredenheid van gemeenten en scholen verdient ook aandacht. Hier zijn vooral veranderingen in tevredenheid te verwachten door de invoering van het nieuwe bestel.

IGZ-criterium 14. Welke belemmerende en bevorderende factoren hebben zich tijdens het traject van totstandkoming van integrale JGZ voorgedaan en wat waren de gevolgen? (wet- en regelgeving, gemeentegrenzen, arbeidsmarktproblemen, financieel, et cetera)

De meeste uitvoeringsorganisaties vinden dat integratie meer voordelen dan nadelen heeft.

De waardering voor de inhoudelijke voortgang rondom integrale JGZ 0-19 werd (op een schaal van 0 tot 5) gemiddeld als volgt gescoord (0 = zeer slecht, 5 = zeer goed):

TZO's : 3,22
GGD'en: 3,09
GGD 0-19: 4,5

Als belangrijkste belemmerende factoren vanuit de uitvoeringsorganisaties werden genoemd:

- incongruente verzorgingsgebieden voor TZO en de bijbehorende GGD
- de financiële middelen van BTP zijn ontoereikend om het hele pakket uit te voeren.

Als bevorderend noemt men onder andere de kennis, prioriteit en de samenwerking van de organisatie voor JGZ en gemeenten.

Als redenen waarom de integratie nog niet zover gekomen was, kwamen de volgende punten frequent naar voren:

- geen gemeentelijke regie
- financiële beperkingen
- tegengestelde belangen.

Wij constateren over de gehele rapportage dat velen zich vanaf 2003 ingezet hebben om de integratie in de JGZ tot stand te brengen. Wij concluderen ook dat dit heeft geleid tot verbeteringen in de afstemming tussen de TZO's en de GGD'en. Een gevolg van de verschillende knelpunten is echter dat de integrale JGZ nog maar beperkt tot stand is gekomen (zie ook criterium 12).

Aanbevelingen

Voor de aanbevelingen van dit criterium is het van belang dat de resultaten van de andere deelrapportages worden meegenomen. Hiervoor verwijzen we dan ook naar de afzonderlijke deelrapportages en het hoofdrapport.

De belangrijkste aanbevelingen die we kunnen doen op basis van de deelrapportage 'Uitvoeringsorganisaties' zijn de volgende:

- werk het BTP goed uit (duidelijker onderscheid uniform en maatwerk)
- duidelijker definiëren risicokind/-groep
- extra financiering voor het BTP
- realiseer één uitvoeringsorganisatie (om het knelpunt 'meerdere organisaties per werkgebied' op te lossen).

Samenvatting uitkomsten deelonderzoek Gemeenten

Deze samenvatting geeft per criterium de belangrijkste bevindingen en conclusies weer van het onderzoek onder de gemeenten. Eerst staat het criterium in vette tekst weergegeven, zoals dat geformuleerd is door de Inspectie voor Gezondheidszorg of de Raad voor de financiële verhoudingen. Daaronder staan de bevindingen uit dit onderzoek behorende bij het criterium.

Niet alle criteria van de Inspectie voor Gezondheidszorg zijn van toepassing op het deelonderzoek Gemeenten. Daarom zijn de criteria 2, 6, 8 en 13 niet in deze samenvatting opgenomen. Voor het overzicht zijn de belangrijkste bevindingen van de criteria 4 en 5 samen weergegeven, evenals van de bevindingen van de criteria 7, 9 en 10. Het criterium 1 is gesplitst in 1a en 1b.

De bevindingen zijn gebaseerd op interviews met 76 gemeenten in 36 GGD-regio's.

Bevindingen per criterium

1a Het uniform deel van het Basistakenpakket wordt daadwerkelijk uniform uitgevoerd.

In het merendeel van de regio's geven de gemeenten aan dat uitvoeren van het basistakenpakket 0-19 het uitgangspunt is. In acht regio's geven de gemeenten aan dat het basistakenpakket niet geheel uniform wordt uitgevoerd. In vijf regio's heeft dat budgettaire redenen en in drie regio's is het een bewuste keuze.

Ongeveer de helft van de gemeenten geeft zonder meer aan het BTP te ervaren als een nuttig handvat. De andere gemeenten nemen ook negatieve aspecten waar aan het BTP. Elf regio's hebben serieuze bezwaren tegen het BTP. Het voornaamste bezwaar is de maatvoering. Deze gemeenten vinden de omvang van het uniforme deel te groot, zeker in verhouding tot het budget.

1b Het maatwerkdeel is in voldoende mate tot stand gekomen, conform inzicht in individuele zorgbehoefte, gezondheidssituatie jeugd en prioriteiten in lokaal beleid.

Niet alle gemeenten hebben inzicht in het onderscheid tussen uniform deel en maatwerk. De definitie van maatwerk wordt door uitvoeringsorganisaties verschillende uitgelegd. Zeker bij de 4- tot 19-jarigenzorg zijn er in GGD-verband 'basispakketten' opgesteld, die meer omvatten dan het uniforme deel. Vervolgens kopen sommige gemeenten naast het regionale maatwerk nog wel 'lokaal maatwerk' in voor de 4- tot 19-jarigenzorg.

Gemeenten die bezwaar hebben tegen de omvang van het uniforme deel, geven aan te weinig geld over te houden voor maatwerk. Het maatwerk staat met een echte afstemming op de lokale situatie op gespannen voet met het beschikbare budget bij gemeenten.

- 3 De registratie binnen JGZ is zodanig dat op relevant geachte onderdelen zowel op lokaal/regionaal als op landelijk niveau een goed beeld van de jeugd en van de JGZ-activiteiten gegeven kan worden.**

Gemeenten zijn voor hun informatievoorziening grotendeels afhankelijk van de uitvoeringsorganisaties. De gemeenten wensen een intensieve verantwoording en hebben daarvoor hun hoop gevestigd op de introductie van het elektronische kinddossier. Ondanks dat de gemeenten belang hechten aan kennis en overzicht, hebben tot dusver slechts in zeven regio's de thuiszorg en de GGD een gezamenlijk systeem voor ogen of gerealiseerd. Veel gemeenten wachten nu op landelijke ontwikkelingen. Het lukt gemeenten meestal niet om een (gezamenlijke) aanschaf van het elektronisch kinddossier op te leggen aan de uitvoeringsorganisaties.

- 4 Het bereik van de jeugd in Nederland door de JGZ 0-19 in het algemeen is als voldoende te beschouwen.**
- 5 Er is voldoende aandacht voor en bereik van de jeugd die in zijn gezondheid en ontwikkeling wordt bedreigd (extra zorg voor risicokinderen en -gezinnen).**

Gemeenten vragen naar bereikpercentages als onderdeel van de verantwoording van uitvoeringsorganisaties. Daarbij vragen gemeenten in het specifiek naar de omvang en ontwikkeling van risicogroepen en – gezinnen. Op basis van de gegevens uit dit onderzoek is niet aan te geven wat het bereik is en of dat voldoende is.

- 7 De personele bezetting van de JGZ is zodanig, dat er sprake is van voldoende continuïteit.**
- 9 De JGZ beschikt over deskundigen die voldoen aan de in de Wcpv, BCPV en BJGZ aangegeven eisen.**
- 10 Binnen de JGZ wordt actief gewerkt aan deskundigheidsbevordering van de medewerkers in het algemeen en ten aanzien van het BTP in het bijzonder.**

De gemeenten verwachten veel van de uitwisseling van GGD- en thuiszorgpersoneel en van gezamenlijke deskundigheidsbevordering. Dit blijkt in zeven regio's daadwerkelijk van de grond te komen. Daarbij hebben wij de regio's met één uitvoeringsorganisatie niet meegeteld.

11 De gemeenten geven in voldoende mate invulling aan de regierol ten aanzien van de JGZ.

De gemeenten zijn beperkt in het voeren van de regie. De gemeenten komen moeilijk door de institutionele belangen van de uitvoeringsorganisaties heen. Hoe meer partijen betrokken zijn, des te meer problemen hebben gemeenten om invulling te geven aan de regierol. De gemeenten hebben de beste mogelijkheid om regie te voeren als zij één uitvoeringsorganisatie aan te sturen hebben. Vervolgens blijkt het gemakkelijker om de regie te voeren met één uitvoeringsorganisatie als hoofdopdrachtnemer, dan als de uitvoeringsorganisaties zelfstandig naast elkaar werken.

Gemeenten besteden meer aandacht dan voorheen aan de relatie tussen jeugdbeleid en jeugdgezondheidszorg. De regie vanuit breed lokaal jeugdbeleid staat in de kinderschoenen en is nog vooral een zaak van de grotere gemeenten. In een aantal gevallen richten gemeenten ouder en kindcentra of centra voor jeugd en gezin in. De gemeenten hebben daarbij de regie.

12 Er is een goede aansluiting tussen de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19 tot stand gekomen (de cesuur is in voldoende mate opgeheven).

De gemeenten tonen zich gematigd positief. Ondanks dat de oorspronkelijke ambities vaak niet haalbaar bleken, zien de gemeenten dat er vorderingen zijn gemaakt. Deze vorderingen vergroten de werkbaarheid van de bestaande situatie. Voorbeelden zijn afspraken tussen GGD en thuiszorgorganisaties over werkverdeling, financiering en verantwoording.

Deze verbeteringen hebben nog niet geleid tot een structurele werkelijke integratie van de JGZ en het opheffen van de cesuur. Op projectniveau zijn wel goede resultaten behaald als er sprake was van extra geld of nieuw geld. Het blijkt voor gemeenten lastig om bestaande geldstromen aan te passen. Uitvoerders ervaren bepaalde financiële middelen als hun recht en claimen deze middelen.

14 Welke belemmerende factoren doen zich tijdens het traject voor en welke gevolgen kunnen deze hebben voor de totstandkoming van de integrale JGZ?

Naar aanleiding van het onderzoek onder gemeenten, constateren wij de volgende belemmerende factoren met ongewenste gevolgen:

- het (grote) aantal uitvoeringsorganisaties vermindert de mogelijkheden tot institutionele vernieuwing en het vormgeven van de regie
- de RSU JGZ houdt een gescheiden uitvoering in stand

- het recht op vergoeding van frictiekosten van uitvoeringsorganisaties doet gemeenten terugdeinzen om één uitvoeringsorganisatie tot stand te brengen
- een gescheiden uitvoering bestendigt een gedeelde zorg
- het onderscheid tussen de termen 'basistakenpakket', 'uniform deel' en 'maatwerk' blijft onduidelijk voor gemeenten. Dit beperkt de gemeenten met name voor de 4- tot 19-jarigenzorg in het genereren van maatwerk conform de individuele gezondheidsbehoefte, de gezondheidssituatie en de prioriteiten in lokaal beleid. Ook ondermijnt dit het draagvlak voor het uniforme programma
- het uniform deel van het basistakenpakket 4-19 vergt een groot deel van het totale budget voor jeugdgezondheidszorg. Gemeenten houden daardoor weinig middelen over voor maatwerk voor deze doelgroep.

Samenvatting uitkomsten deelonderzoek Bekostiging

Deze samenvatting geeft per criterium de belangrijkste bevindingen en conclusies weer van het onderzoek Bekostiging. Per criterium van de RFV zijn de conclusies uitgewerkt. Tevens wordt ingegaan op de financieringsproblematiek van de JGZ bij Vinex-locaties.

Zijn de beschikbare middelen in globale zin toereikend om de wettelijke taken uit te voeren op de wijze en het niveau zoals beschreven in het IGZ-advies?

Macro gezien is de totale exploitatie van de JGZ 0 tot 4 jaar positief en lukt het de instellingen om meer inkomsten te generen dan kosten te maken. Er zijn echter wel verschillen tussen de instellingen; er zijn organisaties die een exploitatieoverschot hebben en organisaties met een exploitatietekort. Dit wordt mogelijk veroorzaakt doordat de verrekening met de gemeenten veelal geschiedt op basis van de beschikbare budgetten en er niet direct een relatie is met de werkelijke kosten. Wij hebben onvoldoende zicht gekregen op de werkelijke kosten van de instellingen. De vergoedingen van gemeenten aan de instellingen voor het uniforme deel en het maatwerk worden bepaald door de beschikbare budgetten en zijn niet gebaseerd op werkelijke kostprijzen.

Het basistakenpakket en de richtlijn contactmomenten worden gevolgd binnen de beschikbare financiële middelen 0- tot 4-jaar. Macro gezien is de RSU voldoende om het uniforme deel 0 tot 4 uit te voeren. Er zijn echter verschillen tussen voor- en nadeelorganisaties. De verschillen ontstaan door een onevenwichtige verdeling van de beschikbare middelen.

De JGZ 4 tot 19 jaar wordt van oudsher uitgevoerd door de gemeenten en gefinancierd uit het gemeentefonds. Een vergelijking tussen het beschikbare budget en de werkelijke kosten is hier niet mogelijk. Het is niet na te gaan in hoeverre de middelen in het verleden in voldoende mate in het gemeentefonds zijn gestort. In 2006 heeft een herijking van het cluster Zorg plaatsgevonden en dit betekent dat vanaf dat moment het budget toereikend wordt geacht voor de uitvoering van de taken.

Macro gezien zijn de door gemeenten beschikbaar gestelde middelen voldoende om het uniforme deel 4 tot 19 uit te voeren en het basistakenpakket en de richtlijn contactmomenten te volgen. De kosten per organisatie zijn verschillend door verschillende werkwijzen. De kosten zijn bepaald door de historisch bepaalde bijdrage per inwoner.

Bij het maatwerk worden prioriteiten gesteld. Hier zijn onvoldoende financiële middelen om alle prioriteiten uit te voeren.

Sluiten de aannames en veronderstellingen ten aanzien van de bekostiging van het uniform deel van het basistakenpakket via een tijdelijke specifieke uitkering (RSU) voldoende aan bij de praktijk?

Er zijn zowel bij de 0- tot 4- jarigenzorg als bij de 4- tot 19-jarigenzorg (grote) verschillen in het bedrag per kind. Het verschil in kosten wordt veroorzaakt door:

- een verschil in de inzet van disciplines
- een verschil in beschikbare tijd per kind
- een verschil in percentage overhead
- de hoogte van de overige inkomsten en het maatwerk.

Wij hebben geen zicht gekregen op de werkelijke benodigde inzet, omdat er vooral wordt gestuurd op beschikbare budgetten.

Een groot gedeelte van de organisaties wijkt op onderdelen af van de uitgangspunten die in 2002 zijn gehanteerd voor de rekennorm. Over het algemeen hebben de organisaties de afwijkingen zelf gecompenseerd. Dit komt doordat de uitvoering van de JGZ sterk lijkt gestuurd te worden op basis van beschikbare budgetten en de verdeling van de RSU over de gemeenten niet evenwichtig is.

Er wordt afgeweken van de aannames en veronderstellingen uit 2002. Dit betekent dat de aannames en veronderstellingen uit 2002 niet aansluiten bij de praktijk. De afwijkingen worden vooral ingegeven door de sterk budgetgestuurde JGZ. Organisaties moeten uit zien te komen met de door de gemeenten beschikbaar gestelde budgetten. Bij de 0- tot 4- jarigenzorg zien wij dat de beschikbare middelen onevenwichtig worden verdeeld.

Is sprake van significante verschillen in kosten of uitgaven van gemeenten bij de uitvoering van het maatwerkdeel van het basistakenpakket die aanleiding zouden kunnen zijn voor een bijstelling van de verdeling van de middelen in het cluster Bijstand en Zorg?

Er zijn verschillen tussen gemeenten. De grote(re) steden besteden meer aan maatwerk (risicokinderen). In 2003 zijn de voormalige TRV-middelen toegevoegd aan het gemeentefonds. De maatstaven die daarbij gebruikt zijn leiden er toe dat grote gemeenten relatief een hoger budget hebben. Dit sluit aan bij de veronderstelling dat grotere gemeenten meer risicokinderen hebben. Op basis van deze veronderstelling is het niet noodzakelijk om de verdeling van de middelen aan te passen.

Kan de bekostiging van de JGZ 0-19 jaar in financieel technische en beleidsmatige zin via de algemene uitkering van het gemeentefonds?

De RFV geeft aan dat de bekostiging van de JGZ 0-19 jaar in financieel-technische zin via de algemene uitkering van het gemeentefonds kan. Wij hebben onderzocht wat het rijksbeleid is ten aanzien van specifieke uitkeringen.

Het rijk stelt de wettelijke kaders (de inhoud van het uniforme deel) en gemeenten voeren dit op basis van medebewind uit. De gemeenten kunnen in het maatwerk aansluiting zoeken bij het lokale of regionale beleid.

Het rijk waarborgt door de wettelijke verplichting van het uniforme deel dat alle kinderen in Nederland dezelfde basiszorg krijgen tegen de gewenste kwaliteit. De IGZ kan dit toetsen.

In beleidsmatige zijn er ook geen belemmeringen om de JGZ 0 tot 19 jaar via het gemeentefonds te bekostigen.

Er kan ook overwogen worden te gaan werken met een brede doeluitkering JGZ. De JGZ alleen lijkt ons te klein. In combinatie met de andere taken van het lokale jeugdbeleid ontstaat voldoende volume. Wij adviseren wel om de JGZ op één manier te financieren. Indien er gekozen wordt voor een brede doeluitkering zullen de middelen van het uniforme deel 4 tot 19 en het maatwerk uit het gemeentefonds overgeheveld dienen te worden naar de brede doeluitkering.

Voldoen de gekozen verdeelmaatstaven van de RSU of moeten deze worden aangepast?

Er zijn bij de 0- tot 4-jarigenzorg voor- en nadeelgemeenten. Wanneer wij op regionale schaal kijken (zowel op de schaal van de thuiszorgorganisaties als op de schaal van de GGD'en) dan worden de verschillen tussen gemeenten niet volledig gecompenseerd.

De oorzaak voor het ontstaan van voor- en nadeelorganisaties is hoofdzakelijk de gehanteerde verdeelsleutel voor de RSU. Met name de maatstaf aantal kernen en oppervlakte veroorzaken een onevenwichtige verdeling. Op basis van de beschikbare gegevens bestaat er geen verband tussen de kosten (bepaald door budget) en het aantal minderheden of lage inkomens.

De verdeelmaatstaven moeten worden aangepast. Omdat binnen de huidige financiering vooral wordt gestuurd op beschikbaar budget, bestaat er geen goed zicht op de maatstaven die kosten veroorzaken. Dit behoeft mogelijk extra onderzoek.



Vinex-locaties

Er is geen algemene richtlijn voor het compenseren van effecten van bovenmatige groei van gemeenten. Voor de Vinex-locaties kan overwogen worden een methode te gebruiken die vergelijkbaar is met de financiering van schoolgebouwen in het gemeentefonds

Bijlage 2 Scoring voor de waardering van het succes van JGZ-integratie

In het onderzoek hebben wij op verschillende manieren in kaart gebracht of, en zo ja in welke mate de integratie van de JGZ een succes geworden is.

Hierna volgen twee lijsten. In deze lijsten zijn verschillende waarderingen bij elkaar gebracht. In Lijst A worden per GGD de waarderingen weergegeven. In de rechterhelft van de tabel staan thuiszorgorganisaties waarmee de desbetreffende GGD samenwerkt. In Lijst B wordt ditzelfde weergegeven, maar uitgegaan van de thuiszorgorganisaties.

Waarderingen (in lijst A en B)

Achter elke organisatie staan twee kolommen met cijfers.

- a Het eerste is een getal van 1 tot en met 5. Dit is de waardering die de organisaties zelf aan de eigen resultaten op het gebied van de integrale JGZ geven. De gemiddelde score van GGD en thuiszorg is vrijwel gelijk, namelijk 3,22 respectievelijk 3,09. De JGZ 0-19 scoort gemiddeld hoger: 4,5.
- b Het tweede getal is een score tussen 0 en 100. Deze score is berekend op basis van een analyse van de feitelijke prestaties in de uitvoering. In overleg met experts is bepaald welke zaken in het kader van de integrale JGZ tussen partijen geregeld zouden moeten zijn. Aan alle items is in overleg met de begeleidingscommissie een score/weging toegekend. Vervolgens is voor elke organisatie een totaalscore berekend. Vooraf is uitgesproken dat een score van 75 of hoger een indicatie voor geslaagde integratie zou zijn. Slechts negen GGD'en, één thuiszorgorganisatie en twee JGZ 0-19 voldoen hieraan.

Ook staat in de eerste kolom van lijst A en B de organisatievorm voor de uitvoering. Er is geen verband tussen de hoogte van de scores en de organisatievorm waarin gemeenten, thuiszorg en GGD samenwerken. Wel zijn de scores wat hoger als er één uitvoeringsorganisatie tot stand is gebracht of als er maar één gemeente aan het roer zit.

Lijst A

Model	GGD	Tevr.	Score	Thuisz.	Tevr.	Score
centrumg.	GGD (Gewest) Kop van Noord-Holland	3	60,6	Jeugdgezondheidszorg Corbis Plus	4	59,9
				Regionale thuiszorg Alkmaar	4	53,0
een org.	GG&GD Amsterdam	3	70,3	GG&GD Amsterdam	3	70,3
	GGD Amstelland de Meerlanden JGZ 4-19	5	79,9	GGD Amstelland de Meerlanden	5	79,9
	GGD Gooi en Vechtstreek	5	91,8	GGD Gooi en Vechtstreek	5	91,8
	GGD Nijmegen	5	73,8	GGD Nijmegen	5	73,8
	GGD Zeeland	3	69,3	GGD Zeeland, jeugdgezondheidszorg 0-4	4	77,9
onderaann.	Gemeente Den Haag, Dienst OCW	2	75,0	Maatzorg - De Werven	4	68,7
				Meavita Opgroeiende Kinderen	2	68,5
				Stichting Florence	2	53,4
	GG&GD Utrecht, Afdeling JGZ	3	62,5	Stichting Aveant	2	33,5
				Zuwe Zorg	3	45,6
	GGD Eindhoven	5	66,9	St. ZuidZorg, thuiszorg	4	73,5
	GGD Noord-Kennermerland	3	78,4	Regionale thuiszorg Alkmaar	4	53,0
				St. thuiszorg IJmond	3	63,1
	GGD Regio Twente	4	72,8	Carint JGZ	4	69,9
				Stichting Carinova	3	52,0
				Stichting Livo	4	65,0
				thuiszorg Noord West Twente & De Koppel	4	67,0
	GGD Zaanstreek Waterland	3	69,8	Evean Jeugdgezondheidszorg	4	55,5
	GGD Zuid Holland West	2	51,3	Maatzorg - De Werven	4	68,7
				Stichting De Zorgring, afd. JGZ	2	63,1
				Stichting Florence	2	53,4
				Stichting Valent RDB	2	58,8
				thuiszorg Nieuwe Waterweg-Noord	4	51,7

Model	GGD	Tevr.	Score	Thuisz.	Tevr.	Score
	GGD Zuid-Holland Zuid	4	58,1	St. Opmaat	2	60,7
				Stichting Rivas Zorggroep	3	45,2
	Hulpverleningsdienst Groningen	3	67,8	Icare JGZ	3	76,1
				St. thuiszorg Groningen	2	49,6
	GGD Hollands Midden (was GGD Midden Holland)	3	68,7	De Vierstroom Zorg B.B.	3	65,4
samenw.	GG&GD Amsterdam	3	70,3	GGD Amstelland de Meerlanden	5	79,9
				St. Amsterdam thuiszorg	4	54,2
	GGD Advies- en Meldpunt Flevoland	3	77,0	Icare JGZ	3	76,1
				Zorggroep Almere	2	58,2
				Zorggroep Oude en Nieuwe Land	4	49,3
	GGD Drenthe	2	46,9	Icare JGZ	3	76,1
	GGD Eemland	3	61,8	Stichting Amant	-	-
	GGD Fryslân	4	61,4	De friese wouden	5	72,7
				St. thuiszorg Zuid west Friesland	4	59,4
				thuiszorg Het Friese Land	3	50,3
samenw	GGD Gelre IJssel	2	54,5	Stichting Carinova	3	52,0
				Stichting thuiszorg Midden-Gelderland	3	64,2
				Vérian	3	48,4
				Yunio Oost Gelderland	3	53,4
	GGD Hart voor Brabant	3	68,5	St. thuiszorg Brabant N-O	4	72,1
				Thebe JGZ	4	65,7
				Vivent	3	75,5
	GGD IJssel-Vecht	4	54,7	Icare JGZ	3	76,1
				Stichting Carinova	3	52,0
				Vérian	3	48,4
				Zorggroep Oude en Nieuwe Land	4	49,3

Model	GGD	Tevr.	Score	Thuisz.	Tevr.	Score
	GGD Kennemerland	2	47,6	GGD Amstelland de Meerlanden	5	79,9
				St. thuiszorg IJmond	3	63,1
				thuiszorg Zuid-Kennemerland	3	63,1
	GGD Midden Nederland	2	52,0	De Vierstroom Zorg B.B.	3	65,4
				St. Kruiswerk West-Veluwe	3	59,8
				Stichting Rivas Zorggroep	3	45,2
				Vitras JGZ	2	46,3
				Zuwe Zorg	3	45,6
	GGD Nieuwe Waterweg Noord	1	59,0	thuiszorg Nieuwe Waterweg-Noord	4	51,7
	GGD Noord- en Midden Limburg	3	55,3	thuiszorg Midden-Limburg	3	47,2
				thuiszorg Westelijke Mijnstreek	4	64,8
				Zorggroep Noord-Limburg	3	49,9
	GGD Noord-Veluwe	2	62,3	Icare JGZ	3	76,1
	GGD Rivierenland	4	43,8	Stichting thuiszorg en MW Rivierenland	3	59,6
				Stichting thuiszorg Midden-Gelderland	3	64,2
	GGD Rotterdam e.o.	3	75,0	De Vierstroom Zorg B.B.	3	65,4
				Maatzorg - De Werven	4	68,7
				Ouder & Kindzorg Rotterdam BV	4	65,4
				St. Opmaat	2	60,7
				Stichting De Zorgring, afd. JGZ	2	63,1
				Zorgbeheer De Zellingen	3	48,2
	GGD West-Brabant	3	64,9	Thebe JGZ	4	65,7
				thuiszorg Breda	-	-
				thuiszorg Mark en Maasmond	2	41,3
				thuiszorg West-Brabant	4	62,6
	GGD Westfriesland	4	76,4	Stichting West Friese Zorggroep De Omring	4	70,3
	GGD Zeeland	3	69,3	Stichting Allévo	2	38,5
				Zorgstroom divisie JGZ 0-4 jaar	2	52,9

Model	GGD	Tevr.	Score	Thuisz.	Tevr.	Score
	GGD Zuidhollandse Eilanden	3	76,7	St. Zorg & Welzijn Groep	2	60,8
	GGD Zuid-Limburg	3	79,2	Groene Kruis Domicura	4	67,8
	GGD Zuid-Limburg (voorheen Oostelijk Zuid Limburg)	5	75,5	Groene Kruis Domicura	4	67,8
				Jeugdgezondheidszorg Oostelijk Zuid Limburg	4	53,7
samenw.	GGD Zuid-Limburg (voorheen Westelijke Mijnstreek)	3	71,2	thuiszorg Westelijke Mijnstreek	4	64,8
	GGD Zuidoost Brabant	3	60,5	St. ZuidZorg, thuiszorg	4	73,5
				Stichting De Zorgboog	4	48,5
	Hulpverlening Gelderland Midden	5	78,1	St. Kruiswerk West-Veluwe	3	59,8
				Stichting thuiszorg Midden-Gelderland	3	64,2
	GGD Hollands Midden (was GGD ZHN)	3	68,1	St. thuiszorg Groot Rijnland	4	48,0
				Stichting Valent RDB	2	58,8

Lijst B

Model	Thuisz.	Tevr.	Score	GGD	Tevr.	Score
centrumg.	Jeugdgezondheidszorg Corbis Plus	4	59,9	GGD (Gewest) Kop van Noord-Holland	3	60,6
	Regionale thuiszorg Alkmaar	4	53,0	GGD (Gewest) Kop van Noord-Holland	3	60,6
een org.	GG&GD Amsterdam	3	70,3	GG&GD Amsterdam	3	70,3
	GGD Amstelland de Meerlanden	5	79,9	GGD Amstelland de Meerlanden JGZ 4-19	5	79,9
	GGD Gooi en Vechtstreek	5	91,8	GGD Gooi en Vechtstreek	5	91,8
	GGD Nijmegen	5	73,8	GGD Nijmegen	5	73,8
	GGD Zeeland, jeugdgezondheidszorg 0-4	4	77,9	GGD Zeeland	3	69,3
onderaann.	Carint JGZ	4	69,9	GGD Regio Twente	4	72,8
	De Vierstroom Zorg B.B.	3	65,4	GGD Hollands Midden (was GGD Midden Holland)	3	68,7
	Evean Jeugdgezondheidszorg	4	55,5	GGD Zaanstreek Waterland	3	69,8
	Icare JGZ	3	76,1	Hulpverleningsdienst Groningen	3	67,8
	Maatzorg - De Werven	4	68,7	Gemeente Den Haag, Dienst OCW	2	75,0
				GGD Zuid Holland West	2	51,3
	Meavita Opgroeierende Kinderen	2	68,5	Gemeente Den Haag, Dienst OCW	2	75,0
	Regionale thuiszorg Alkmaar	4	53,0	GGD Noord Kennermerland	3	78,4
	St. Opmaat	2	60,7	GGD Zuid-Holland Zuid	4	58,1
	St. thuiszorg Groningen	2	49,6	Hulpverleningsdienst Groningen	3	67,8
	St. thuiszorg IJmond	3	63,1	GGD Noord Kennermerland	3	78,4
	Stichting Aveant	2	33,5	GG&GD Utrecht, Afdeling JGZ	3	62,5
	Stichting Carinova	3	52,0	GGD Regio Twente	4	72,8
	Stichting De Zorgring, afd. JGZ	2	63,1	GGD Zuid Holland West	2	51,3

Model	Thuisz.	Tevr.	Score	GGD	Tevr.	Score
	Stichting Florence	2	53,4	Gemeente Den Haag, Dienst OCW	2	75,0
				GGD Zuid Holland West	2	51,3
	Stichting Livo	4	65,0	GGD Regio Twente	4	72,8
	Stichting Rivas Zorggroep	3	45,2	GGD Zuid-Holland Zuid	4	58,1
	Stichting Valent RDB	2	58,8	GGD Zuid Holland West	2	51,3
	St. ZuidZorg, thuiszorg	4	73,5	GGD Eindhoven	5	66,9
	thuiszorg Nieuwe Waterweg- Noord	4	51,7	GGD Zuid Holland West	2	51,3
	thuiszorg Noord West Twente & De Koppel	4	67,0	GGD Regio Twente	4	72,8
	Zuwe Zorg	3	45,6	GG&GD Utrecht, Afdeling JGZ	3	62,5
samenw.	De friese wouden	5	72,7	GGD Fryslân	4	61,4
	De Vierstroom Zorg B.B.	3	65,4	GGD Midden Nederland	2	52,0
				GGD Rotterdam e.o.	3	75,0
	GGD Amstelland de Meerlanden	5	79,9	GG&GD Amsterdam	3	70,3
				GGD Kennemerland	2	47,6
	Groene Kruis Domicura	4	67,8	GGD Zuid-Limburg	3	79,2
				GGD Zuid-Limburg (voorheen Oostelijk Zuid Limburg)	5	75,5
	Icare JGZ	3	76,1	GGD Advies- en Meldpunt Flevoland	3	77,0
				GGD Drenthe	2	46,9
				GGD IJssel-Vecht	4	54,7
				GGD Noord-Veluwe	2	62,3
	Jeugdgezondheidszorg Oostelijk Zuid Limburg	4	53,7	GGD Zuid-Limburg (voorheen Oostelijk Zuid Limburg)	5	75,5
	Maatzorg - De Werven	4	68,7	GGD Rotterdam e.o.	3	75,0
	Ouder & Kindzorg Rotterdam BV	4	65,4	GGD Rotterdam e.o.	3	75,0
	St. Amsterdam thuiszorg	4	54,2	GG&GD Amsterdam	3	70,3
samenw.	St. Kruiswerk West-Veluwe	3	59,8	GGD Midden Nederland	2	52,0
				Hulpverlening Gelderland Midden	5	78,1

Model	Thuisz.	Tevr.	Score	GGD	Tevr.	Score
	St. Opmaat	2	60,7	GGD Rotterdam e.o.	3	75,0
	St. thuiszorg Brabant N-O	4	72,1	GGD Hart voor Brabant	3	68,5
	St. thuiszorg Groot Rijnland	4	48,0	GGD Hollands Midden (was GGD ZHN)	3	68,1
	St. thuiszorg IJmond	3	63,1	GGD Kennemerland	2	47,6
	St. thuiszorg Zuid west Friesland	4	59,4	GGD Fryslân	4	61,4
	St. Zorg & Welzijn Groep	2	60,8	GGD Zuidhollandse Eilanden	3	76,7
	St. ZuidZorg, thuiszorg	4	73,5	GGD Zuidoost Brabant	3	60,5
	Stichting Allévo	2	38,5	GGD Zeeland	3	69,3
	Stichting Amant	-	-	GGD Eemland	3	61,8
	Stichting Carinova	3	52,0	GGD Gelre IJssel	2	54,5
				GGD IJssel-Vecht	4	54,7
	Stichting De Zorgboog	4	48,5	GGD Zuidoost Brabant	3	60,5
	Stichting De Zorgring, afd. JGZ	2	63,1	GGD Rotterdam e.o.	3	75,0
	Stichting Rivas Zorggroep	3	45,2	GGD Midden Nederland	2	52,0
	Stichting thuiszorg en MW Rivierenland	3	59,6	GGD Rivierenland	4	43,8
	Stichting thuiszorg Midden-Gelderland	3	64,2	GGD Gelre IJssel	2	54,5
				GGD Rivierenland	4	43,8
				Hulpverlening Gelderland Midden	5	78,1
	Stichting Valent RDB	2	58,8	GGD Hollands Midden (was GGD ZHN)	3	68,1
	Stichting West Friese Zorggroep De Omring	4	70,3	GGD Westfriesland	4	76,4
	Thebe JGZ	4	65,7	GGD Hart voor Brabant	3	68,5
				GGD West-Brabant	3	64,9
	thuiszorg Breda	-	-	GGD West-Brabant	3	64,9
	thuiszorg Het Friese Land	3	50,3	GGD Fryslân	4	61,4
	thuiszorg Mark en Maasmond	2	41,3	GGD West-Brabant	3	64,9
	thuiszorg Midden-Limburg	3	47,2	GGD Noord- en Midden Limburg	3	55,3
	thuiszorg Nieuwe Waterweg-Noord	4	51,7	GGD Nieuwe Waterweg Noord	1	59,0

Model	Thuisz.	Tevr.	Score	GGD	Tevr.	Score
	thuiszorg West-Brabant	4	62,6	GGD West-Brabant	3	64,9
	thuiszorg Westelijke Mijnstreek	4	64,8	GGD Noord- en Midden Limburg	3	55,3
				GGD Zuid-Limburg (voorheen Westelijke Mijnstreek)	3	71,2
	thuiszorg Zuid-Kennemerland	3	63,1	GGD Kennemerland	2	47,6
	Vérian	3	48,4	GGD Gelre IJssel	2	54,5
				GGD IJssel-Vecht	4	54,7
	Vitras JGZ	2	46,3	GGD Midden Nederland	2	52,0
	Vivent	3	75,5	GGD Hart voor Brabant	3	68,5
	Yunio Oost Gelderland	3	53,4	GGD Gelre IJssel	2	54,5
	Zorgbeheer De Zellingen	3	48,2	GGD Rotterdam e.o.	3	75,0
	Zorggroep Almere	2	58,2	GGD Advies- en Meldpunt Flevoland	3	77,0
	Zorggroep Noord-Limburg	3	49,9	GGD Noord- en Midden Limburg	3	55,3
	Zorggroep Oude en Nieuwe Land	4	49,3	GGD Advies- en Meldpunt Flevoland	3	77,0
				GGD IJssel-Vecht	4	54,7
	Zorgstroom divisie JGZ o-4 jaar	2	52,9	GGD Zeeland	3	69,3
	Zuwe Zorg	3	45,6	GGD Midden Nederland	2	52,0

Bijlage 3 Evaluatiecriteria

Evaluatiecriteria van de IGZ

IGZ-criterium 1.

Het BTP wordt conform wet- en regelgeving uitgevoerd.

IGZ-criterium 1a.

Het uniforme deel van het BTP wordt daadwerkelijk uniform uitgevoerd.

IGZ-criterium 1b.

Het maatwerkdeel is in voldoende mate tot stand gekomen, conform inzicht in individuele zorgbehoefte, gezondheidssituatie jeugd en prioriteiten in lokaal beleid.

IGZ-criterium 2.

De nieuwe wet- en regelgeving heeft niet geleid tot ongewenste effecten wat betreft de uitvoering van de taken die onder AWBZ-financiering zijn gebleven (Rijksvaccinatieprogramma (RVP), hielprikscreening, prenatale zorg).

IGZ-criterium 3.

De registratie binnen de JGZ is zodanig dat op relevant geachte onderdelen zowel op lokaal/regionaal als op landelijk niveau een goed beeld van de jeugd en van de JGZ-activiteiten gegeven kan worden.

IGZ-criterium 4.

Het bereik van de jeugd in Nederland door de JGZ 0-19 is als voldoende te beschouwen.

IGZ-criterium 5.

Er is voldoende aandacht voor en bereik van de jeugd die in zijn gezondheid en ontwikkeling wordt bedreigd (extra zorg voor risicokinderen en – gezinnen).

IGZ-criterium 6.

De geografische toegankelijkheid van de JGZ is als voldoende te beschouwen.

IGZ-criterium 8.

Zowel voor de individuele uitvoeringsorganisaties als voor de JGZ als geheel komt een kwaliteitssysteem tot stand.

IGZ-criterium 7.

De personele bezetting van de JGZ is zodanig, dat er sprake is van voldoende continuïteit.

IGZ-criterium 9.

De JGZ beschikt over deskundigen die voldoen aan de in de Wcpv, BCPV en BJGZ aangegeven eisen.

IGZ-criterium 10.

Binnen de JGZ wordt actief gewerkt aan deskundigheidsbevordering van de medewerkers in het algemeen en ten aanzien van het BTP in het bijzonder.

IGZ-criterium 11.

De gemeenten geven in voldoende mate invulling aan de regierol in de JGZ.

IGZ-criterium 12.

Er is een goede aansluiting tussen de TZO en de GGD tot stand gekomen (de cesuur is in voldoende mate opgeheven).

IGZ-criterium 13a.

De JGZ gaat zelf op gezette tijden na of de afnemers van de zorg, in het bijzonder ouders en jeugdigen, tevreden zijn over hetgeen de JGZ hen aan zorg heeft aangeboden.

IGZ-criterium 13b.

De JGZ voldoet aan de verwachtingen van de afnemers van de zorg, in het bijzonder ouders en jeugdigen. Het nieuwe bestel heeft niet geleid tot ontwikkelingen die voor deze afnemers als ongewenst wordt ervaren.

IGZ-criterium 14.

Welke belemmerende en bevorderende factoren hebben zich tijdens het traject van totstandkoming van integrale JGZ voorgedaan en wat waren de gevolgen? (wet- en regelgeving, gemeentegrenzen, arbeidsmarktproblemen, financieel, et cetera)

Evaluatiecriteria van de RFV

RFV-criterium 1.

Zijn de beschikbare middelen in globale zin toereikend om de wettelijke taken uit te voeren op de wijze en het niveau zoals beschreven in het IGZ-advies?

RFV-criterium 2.

Sluiten de aannames en veronderstellingen ten aanzien van de bekostiging van het uniform deel van het basistakenpakket via een tijdelijke specifieke uitkering (RSU) voldoende aan bij de praktijk?

Subvragen van de RFV bij dit criterium:

- Is er sprake van significante verschillen in kosten of uitgaven tussen (bepaalde groepen van) gemeenten?
- Zijn er duidelijke verschillen in kosten of uitgaven voor activiteiten voor 0- tot 4-jarigen en 4- tot 19-jarigen?
- Hoe kunnen eventuele significante verschillen tussen de kosten of uitgaven en de bekostiging worden verklaard?

RFV-criterium 3.

Is sprake van significante verschillen in kosten of uitgaven van gemeenten bij de uitvoering van het maatwerkdeel van het basistakenpakket die aanleiding zouden kunnen zijn voor een bijstelling van de verdeling van de middelen in het cluster Bijstand en Zorg?

Subvragen van de RFV bij dit criterium:

- Zijn er verschillen in kosten voor activiteiten voor 0-4-jarige maatwerk?
- Zijn er verschillen in kosten voor activiteiten voor 4-19-jarige maatwerk?
- Is er sprake van verschillen in kosten of uitgaven tussen gemeenten?

RFV-criterium 4.

Kan de bekostiging van de JGZ 0-19 jaar in financieel technische en beleidsmatige zin via de algemene uitkering van het gemeentefonds?

RFV-criterium 5.

Voldoen de gekozen verdeelmaatstaven of moeten deze worden aangepast?