

Effectief gebruik van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg

Onderzoek naar internetondersteuning in de JGZ, in opdracht van ZonMW

Prof. dr. E. R. Seydel

Dr. J. van Gemert-Pijnen

Drs. M. Heikamp

Enschede, november 2006



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Voorwoord

In opdracht van ZonMW is advies uitgebracht over effectief gebruik van internetondersteuning in de JGZ. Het advies richt zich op de inzet van internet met betrekking tot de monitor- en preventietaak van de JGZ en de samenwerking tussen JGZ-organisaties. De opdracht is in maart verstrekt, het onderzoek is uitgevoerd van juni tot eind september 2006.

Graag willen we het ministerie van VWS, de GGD Rotterdam, SchoolSlag, het NIGZ, het Erasmus MC Rotterdam en TNO Kwaliteit van Leven bedanken voor het verlenen van hun medewerking aan een telefonisch interview. De ervaringen die uit de interviews naar voren kwamen hebben een goed inzicht gegeven in de huidige stand van zaken en toekomstvisie met betrekking tot internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg.

Enschede, november 2006

Leeswijzer

Dit rapport is ingedeeld aan de hand van de twee deelstudies die zijn uitgevoerd naar internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Hoofdstuk 1 omvat de opdrachtomschrijving, de onderzoeksvragen en het theoretisch kader. Hoofdstuk 2 bevat een kennisinventarisatie van de huidige stand van zaken van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Voor de niveaus van beleid, praktijk en onderzoek wordt een beschrijving gegeven van lopende c.q. afgeronde initiatieven. De ervaringen van overheid, JGZ-organisaties en onderzoeksinstituten met internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg staan weergegeven in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 wordt een visie uiteengezet met betrekking tot de toekomstige rol van internet in de jeugdgezondheidszorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Leeswijzer.....	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting.....	6
1. Adviesopdracht	7
1.1 De opdracht.....	7
1.2 Aanleiding tot het advies.....	7
1.3 Functie van het advies.....	7
1.4 Onderzoeksvragen.....	7
1.5 Adviesdomein.....	8
1.6 Werkwijze	8
2. Inventarisatie huidige internetondersteuning in JGZ	9
2.1. Beleid	9
2.1.1 Wetgeving en initiatieven vanuit de overheid.....	9
2.1.2 Conclusies.....	12
2.2 Praktijk	13
2.2.1 Internetondersteuning in de praktijk	13
2.2.2 Conclusies.....	19
2.3 Onderzoek	20
2.3.1 De rol van internetondersteuning onderzocht	20
2.3.2 Conclusies.....	21
3. Ervaringen met internetondersteuning in JGZ.....	22
3.1. Ervaringen vanuit de overheid	22
3.1.1 Interview Ministerie van VWS	22
3.2 Ervaringen uit de praktijk	24
3.2.1 Interview GGD Rotterdam	24
3.2.2 Interview SchoolSlag.....	27
3.2.3 Interview Gezonde School NIGZ	29
3.3 Onderzoeksresultaten	31
3.3.1 Interview Erasmus MC Rotterdam	31
3.3.2 Interview TNO Kwaliteit van Leven	33
3.4 Kansen en bedreigingen	34
4. Advies	36
4.4.1 Aandachtspunten	36
4.4.2 Prioritering vervolgstappen	36
Referenties	38
Bijlage 1. Opdrachtomschrijving ZonMW	39

Bijlage 2. Onderzoeksvoorstel 41

Samenvatting

In opdracht van ZonMW (2006/07096/ZONMW/mh) is onderzoek uitgevoerd naar effectief gebruik van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. In het onderzoek is gekeken naar de inzet van internet met betrekking tot de monitor- en preventietaak van de JGZ en de samenwerking tussen JGZ-organisaties. Het onderzoek resulteert in een kennisinventarisatie van de huidige stand van zaken van internetondersteuning in de JGZ en in een advies dat betrekking heeft op een prioritering van vervolgstappen voor de niveaus beleid, praktijk en onderzoek.

Voor het onderzoek zijn twee deelstudies uitgevoerd, te weten een deskresearch en telefonische interviews. Aan de hand van projectrapporten, beleidsdocumenten en wetenschappelijke literatuur is een inventarisatie gemaakt van huidige initiatieven op het gebied van internetondersteuning. Op basis van telefonische interviews met het ministerie van VWS, de GGD Rotterdam, SchoolSlag, het NIGZ, het Erasmus MC Rotterdam en TNO Kwaliteit van Leven is inzicht verkregen in praktijkervaringen en toekomstvisies.

Uit de deskresearch blijkt dat op beleidsniveau weinig integraal beleid wordt gemaakt op de inzet van internet in de JGZ. Er wordt gestuurd op resultaten en niet op de inzet van middelen. Initiatieven als het Elektronisch Kinddossier en de Jeugdmonitor worden wel door de overheid gesteund. Op praktijkniveau kan geconcludeerd worden dat samenwerking en integrale ketenzorg in initiatieven centraal staat. Uit de initiatieven blijkt verder dat internet vooral wordt ingezet om te registreren en te archiveren, een weinig interactieve rol. Op onderzoeksniveau wordt duidelijk dat voor veel initiatieven onduidelijk is wat de effectiviteit ervan is.

De telefonische interviews maken duidelijk dat overheid, JGZ-organisaties en onderzoeksinstituten potentie zien in internetondersteuning in de JGZ. Er worden vooral mogelijkheden gezien in een interactieve rol van internet (advies op maat), het Elektronisch Kinddossier en de (jeugd)monitor. Aandachtspunten die uit de interviews naar voren komen is de onbeantwoorde effectiviteitsvraag van interventies, de huidige financieringsstructuur die als een belemmering wordt ervaren, en de weinige samenhang in samenwerking tussen organisaties.

Op basis van de twee deelstudies kunnen de volgende conclusies geformuleerd worden. Op het niveau van beleid ontbreekt een visie over de inzet van internet als communicatiemiddel om in de JGZ gezond gedrag te beïnvloeden. In de praktijk wordt internet weinig interactief ingezet en ontbreekt structurele samenwerking tussen JGZ-organisaties. Op het niveau van onderzoek komt heel duidelijk naar voren dat nog maar weinig inzicht is in de effectiviteit van interventies.

Op basis van bovengenoemde conclusies is het volgende advies geformuleerd. Op het niveau van beleid dient een coherente visie te worden ontwikkeld over de inzet van internet in de JGZ. In de tweede plaats wordt aanbevolen om in de praktijk meer samenhang te bewerkstelligen tussen overheid, JGZ-organisaties en onderwijs. Daarnaast is het aan te bevelen meer gebruik te maken van de mogelijkheid om internet meer interactief in te zetten. Op het niveau van onderzoek wordt aanbevolen onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van interventies en onderzoek te richten op datamining.

Ten aanzien van het geformuleerde advies moet benadrukt worden dat het meersporenbeleid betreft; de vervolgstappen die worden aanbevolen voor de verschillende niveaus staan niet op zichzelf, maar dienen complementair uitgevoerd te worden.

1. Adviesopdracht

1.1 De opdracht

Internetondersteuning in het onderwijs biedt kansen om de jeugdgezondheidszorg en de schoolgezondheidszorg met elkaar te verbinden, waarmee een substantiële bijdrage geleverd kan worden aan een doeltreffende en doelmatige zorg van de gezondheid van de jeugd. ZonMw wil hiertoe een kennisinventarisatie op het gebied van internetondersteuning in het onderwijs uitmondend in een prioritering van vervolgstappen voor beleid, praktijk en onderzoek.

1.2 Aanleiding tot het advies

ZonMw heeft een aantal projecten gesubsidieerd waarin is onderzocht of en hoe beter gebruik gemaakt kan worden van digitale informatievoorziening en communicatie over de gezondheid van leerlingen in het basis- en voortgezet onderwijs. Op 9 juni 2005 vond, georganiseerd door ZonMw, de implementatiebijeenkomst *Internetondersteuning van de jeugdgezondheidszorg, hoe nu verder?* plaats. De bijeenkomst leidde tot de conclusie dat er grote behoefte en bereidheid is om samenhang en afstemming aan te brengen op het terrein van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Om tot samenhang en afstemming te komen is een kennisinventarisatie van de stand van zaken van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg nodig.

1.3 Functie van het advies

Het advies heeft betrekking op internetondersteuning in de JGZ. Meer specifiek richt het zich op de monitortask van de JGZ en de bijbehorende samenwerking tussen partijen. Het advies is gebaseerd op kwalitatief onderzoek naar huidige vormen van monitoring en naar samenwerking tussen JGZ-organisaties. Met dit advies wordt beoogd een overzicht te geven van de huidige internetondersteuning in de JGZ. Op basis van deze kennisinventarisatie wordt een prioritering van vervolgstappen gegeven voor beleid, praktijk en onderzoek op het gebied van internetondersteuning in de JGZ.

1.4 Onderzoeksvragen

Het advies geeft antwoord op onderstaande vragen, gesteld door ZonMw.

1. Stimuleert of hindert de huidige wetgeving (nationaal, regionaal, lokaal) de samenwerking tussen de gezondheidsbevorderende instellingen, overheden en scholen, en de internetondersteuning ten behoeve van de gezondheidsbevordering van de schooljeugd?
2. Stimuleren of hinderen interventies het proces van zorgverlening en samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden?
3. Wordt (periodiek) onderzocht welke effecten de interventies hebben op de samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden en op de bevordering van de gezondheid van schooljeugd?

Aan de hand van desk research en diepte-interviews wordt antwoord gegeven op bovenstaande vragen en wordt advies uitgebracht over vervolgstappen voor beleid, praktijk en onderzoek.

1.5 Adviesdomein

Het advies is beperkt tot de inzet van internet met betrekking tot de monitor- en preventietaak van de JGZ en daarbij de samenwerking tussen JGZ-organisaties. In de periode juni tot en met september 2006 is het onderzoek in opdracht van ZonMW uitgevoerd.

1.6 Werkwijze

Het theoretisch kader dat als uitgangspunt voor het onderzoek heeft gediend, is gebaseerd op de 'Quality Measurement Theory' waaruit het 'Innovative Care for Chronic Conditions Model' voortvloeit. Dit model heeft met succes toepassing gevonden bij kwaliteitsverbeteringen in de gezondheidszorg waarbij sprake is van multidisciplinaire teams en instellingen die gezamenlijk zorg dragen voor de zorgvrager. Het ICCM-model biedt een kader voor integrale gezondheidszorg: op beleidsniveau stelt het randvoorwaarden voor de vertaling van wet- en regelgeving naar de praktijk. Op het niveau van de praktijk worden condities gesteld voor samenwerking en coördinatie in integrale zorgverlening: JGZ-organisaties, het kind en diens familie (sociale omgeving). In het model staat het kind, de eindgebruiker van de jeugdgezondheidszorg, centraal; voor effectieve gezondheidszorg is het van belang dat het kind goed geïnformeerd en ondersteund wordt [1, 2, 3].

Het onderzoek omvat twee deelonderzoeken: deskresearch en telefonische diepte-interviews. Om inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken van internetondersteuning in de JGZ is allereerst deskresearch uitgevoerd. Op basis van projectrapporten, beleidsdocumenten en wetenschappelijke literatuur is inzicht verkregen in de verschillende initiatieven die zijn ondernomen om internet in te zetten als ondersteuning in de monitortask van de JGZ en in de samenwerking tussen JGZ-organisaties. Om eveneens wensen en verlangens in het veld te inventariseren is aanvullend op de deskresearch een aantal telefonische diepte-interviews met JGZ-organisaties afgenomen. In de interviews is dieper ingegaan op de huidige internetondersteuning in de JGZ en is gevraagd naar toekomstvisies. Op basis van deze interviews is het draagvlak in de praktijk vastgesteld.

De twee deelonderzoeken hebben geleid tot een kennisinventarisatie, op basis waarvan successen en knelpunten in internetondersteuning in JGZ ten behoeve van monitoring en samenwerking zijn geanalyseerd. Voortvloeiend uit deze analyse zijn voor de terreinen beleid, praktijk en onderzoek vervolgtappen geformuleerd.

2. Inventarisatie huidige internetondersteuning in JGZ

Om tot een gedegen kennisinventarisatie te komen van de huidige internetondersteuning in de JGZ is allereerst een deskresearch uitgevoerd. Aan de hand van projectrapporten, beleidsdocumenten en wetenschappelijke literatuur is voor de niveaus beleid, praktijk en onderzoek een beschrijving gegeven van lopende c.q. afgeronde initiatieven op het gebied van internetondersteuning in de JGZ. Hierbij ligt de focus op monitoring en preventie in de jeugdgezondheidszorg.

2.1. Beleid

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van wetgeving en initiatieven op het gebied van internetondersteuning in de JGZ die landelijk geïnitieerd zijn door de overheid/overheidsinstellingen. Het betreft de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, het Elektronisch Kinddossier, Operatie Jong, Verwijsindex Risicjongeren en de Jeugdmonitor. In de eerste paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de initiatieven. In de tweede paragraaf wordt op basis van de kennisinventarisatie een aantal conclusies getrokken.

2.1.1 Wetgeving en initiatieven vanuit de overheid

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, 2003) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid vastgelegd. De gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij de gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdienst (GGD). De WCPV onderscheidt drie deelterreinen, te weten collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Basistakenpakket JGZ

Vanaf 1 januari 2003 werken de uitvoerende organisaties van de JGZ, thuiszorgorganisaties en GGD' en volgens het Basistakenpakket JGZ. In dit basistakenpakket is de openbare gezondheidszorg voor jongeren van 0-19 jaar vastgelegd. Het basistakenpakket bestaat uit zes, onderling nauw samenhangende, productgroepen: 1. monitoring en signalering, 2. vaststellen van de zorgbehoefte, 3. screening en vaccinaties, 4. voorlichting, advies, instructie en begeleiding, 5. beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen, 6. zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

Individueel dan wel collectief

Het basistakenpakket JGZ richt zich op zowel het individu als het collectief. Monitoring en signalering heeft op individueel niveau tot doel tijdig een niet-normaal verlopende ontwikkeling te signaleren en op basis daarvan te interveniëren. Daarnaast wordt op collectief niveau door middel van het afnemen van gezondheidsenquêtes bij jeugdigen en eventueel ouders lokale gezondheidsprofielen opgesteld op basis waarvan gezondheidsbeleid kan worden ontwikkeld. Bij het inschatten van de zorgbehoefte wordt onderzocht in welke mate de ouders of verzorgers van een kind met opvoeding en verzorging worden belast en in welke mate behoefte is aan voorlichting. Het inschatten van de zorgbehoefte op groepsniveau leidt tot het onderkennen van risicogroepen en het verlenen van op de groep afgestemde zorg. Screening en vaccinaties worden aan ieder kind aangeboden door consultatiebureaus. Zowel op individueel als op groepsniveau wordt begeleiding en advies geboden: ouders wordt ondersteuning geboden in de opvoeding, en pubers kunnen voorlichting krijgen over zaken als roken, veilig vrijen en drugsgebruik. Ook wordt op zowel groepsniveau als individueel niveau onderzoek verricht naar omgevingsfactoren die de gezondheid van een kind kunnen bedreigen. Tot slot wordt integrale zorg

aangeboden voor kinderen: in samenwerking met JGZ zorgverlenende instellingen worden producten en activiteiten op individueel en groepsniveau aangeboden.

Uniform dan wel maatwerk

Het basistakenpakket JGZ bestaat uit een uniform deel en een maatwerk deel. Het uniforme deel bestaat uit producten die ongevraagd op gestandaardiseerde wijze aan alle kinderen van een bepaalde leeftijd moeten worden aangeboden. Het betreft monitoring en signalering, en screening en vaccinaties. Het maatwerk deel moet ook worden aangeboden, maar gemeenten zijn vrij om de hoeveelheid zorg af te stemmen op de lokale zorgbehoeften (gezondheidssituatie) en op de prioriteiten in de gemeente en regio. Maatwerk vormt een onderdeel van alle basistaken, met uitzondering van monitoring en signalering, en screening en vaccinaties.

Financiering

Gemeenten hebben de financiële verantwoordelijkheid voor de gehele JGZ. In de financiering wordt onderscheid gemaakt tussen het uniforme deel en het maatwerk deel van het basistakenpakket. Het uniforme deel wordt gefinancierd vanuit het Rijk, waarbij gemeenten via specifieke opdrachtgeving aan thuiszorg en JGZ-organisaties het geld doorleiden. Het maatwerk deel wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds, waarbij de gelden naar eigen inzicht mogen worden besteed [4, 5].

Elektronisch Kinddossier

Ieder kind dat in Nederland wordt geboren krijgt een elektronisch kinddossier (EKD). De invoering hiervan start op 1 januari 2007 en moet een jaar later zijn afgerond. Alle kinderen van 0 tot 19 jaar krijgen een EKD bij de eerste keer dat zij met de JGZ in contact komen. Hierin komt informatie te staan over het kind, de gezinssituatie en de omgeving. De dossiers worden bijgehouden door artsen en verpleegkundigen van de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast kunnen verschillende instanties signalen aan het dossier toevoegen. Papierene dossiers van kinderen die eerder geboren zijn, worden door gemeenten omgezet naar een elektronisch dossier.

Doelstelling

Op dit moment registreert de JGZ veelal op papier in een integraal dossier. Aanleiding voor de ontwikkeling en in gebruik name van het EKD is de mogelijkheid om het dossier bij verhuizing van kinderen eenvoudig te kunnen overdragen en het bij een kind behorende dossier snel te kunnen traceren. Bovendien maakt het EKD lokale en nationale gegevens toegankelijker voor analyse, waardoor een beter beeld van de jeugd wordt verkregen.

Privacy en gegevensbescherming

Het EKD is een medisch dossier dat alleen toegankelijk is onder de randvoorwaarden en eisen van een geneeskundige behandelovereenkomst. Daarnaast is het dossier op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) beveiligd. Het EKD wordt primair door de medewerkers jeugdgezondheidszorg gebruikt via een Unieke Zorgverleners Identificatiepas. Daarnaast gaat het EKD functioneren als één van de hoofdstukken van het elektronisch patiëntendossier en kan de informatie door medische beroepsbeoefenaren zonodig worden geraadpleegd. De betrokken kinderen en hun ouders/verzorgers worden over de inhoud van het EKD geïnformeerd. In eerste instantie alleen via de ouders/verzorgers, maar naarmate de kinderen ouder worden, worden ze ook zelf geïnformeerd over de verslaglegging, het doel en de routing van het dossier. Het registratiesysteem van het EKD komt in eigendom van een stichting die wordt opgericht door GGD Nederland en Z-org. Regie op de landelijke invoering en ondersteuning voor de JGZ-organisaties bij de lokale invoering wordt verzorgd door het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM [4, 6, 7].

Operatie JONG

Operatie JONG is een samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW en BZK. JONG heeft als taak om meer samenhang in het jeugdbeleid te brengen en daarbij de belangrijkste knelpunten die in de praktijk worden ervaren als uitgangspunt te nemen, inclusief die bij het Rijk zelf. Voor meer samenhang in het jeugdbeleid moet er gezamenlijk beleid voor de komende jaren uitgezet worden. De Jeugdagenda is daarvoor het vertrekpunt. Diverse gespreksronden met departementen, medeoverheden en het veld leveren concrete verbeterpunten op die worden aangepakt.

Jeugdagenda

Operatie Jong heeft voor de jeugdagenda twaalf thema's vastgesteld waaraan de komende jaren aandacht wordt besteed om samenwerking in het jeugdbeleid te bevorderen. In het kader van de kennisinventarisatie ten behoeve van internetondersteuning in de JGZ zullen hieronder alleen de thema's toegelicht worden die betrekking hebben op de monitor- en preventietaak binnen de JGZ. Ten aanzien van monitoring betreft het de thema's 'vroegsignalering', 'registratie- en informatie-uitwisseling', en 'jeugdmonitor'. Operatie JONG heeft in het kader van deze thema's een aanbeveling gedaan tot ontwikkeling en in gebruik name van een verwijzindex risicojongeren en een jeugdmonitor. Deze zullen hieronder nader worden toegelicht [8, 9].

Verwijzindex Risicojongeren

In het kader van vroegsignalering en registratie- en informatie-uitwisseling heeft Operatie JONG een verwijzindex risicojongeren aanbevolen. De verwijzindex risicojongeren betreft een elektronisch raadpleegbare lijst van (als zodanig aangemerkte) risicojongeren, waarbij per jongere is aangegeven bij welke instellingen een dossier van de betreffende jongere aanwezig is. De verwijzindex zelf bevat géén inhoudelijke informatie, maar uitsluitend contactgegevens (naam/telefoon/email betreffende instelling/contactpersoon). Het beheer van de verwijzindex is in handen van de gemeente. Een gemeentefunctionaris draagt er zorg voor dat de instellingen vanuit de jeugdzorg de eigen signalering van risicojongeren volledig en up-to-date verwerken in de verwijzindex.

Doelstelling

De verwijzindex is bedoeld om de samenwerking van instanties, zoals het onderwijs, de zorg en de justitiële keten, te ondersteunen. De jeugdketen bestaat uit een groot aantal instellingen en hulpverleners, die elk vanuit hun eigen invalshoek werken aan problemen van of met jeugdigen. Om samenhangende en tijdige ondersteuning op maat te kunnen bieden is goed zicht op relevante signalen van belang. Een verwijzindex op landelijk niveau is van belang omdat juist gezinnen met meervoudige problemen vaak verhuizen, waardoor gemeentelijke instellingen de gezinnen uit het oog verliezen. Verder beweegt een jeugdige zich voor wonen en naar school gaan vaak in meerdere gemeenten en hebben instellingen zoals GGD'en, maatschappelijk werk, politie en justitie veelal meerdere gemeenten tot hun werkgebied. Bij een aantal gemeenten, te weten Enschede/Hengelo, Leeuwarden en Rotterdam draait al een eigen vorm van een verwijzindex risicojongeren. Het streven is om eind 2006 op technisch gebied een landelijke verwijzindex gerealiseerd te hebben.

Samenspel Elektronisch Kinddossier en Verwijzindex Risicojongeren

De combinatie van een integraal signaleringssysteem zoals de Verwijzindex Risicojongeren en de inhoudelijke informatie in het Elektronisch Kinddossier maakt een effectieve en efficiënte ondersteuning van JGZ en jeugdzorg mogelijk. De verwijzindex geeft aan op welke momenten afstemming tussen verschillende instanties nodig is: het gaat om momentopnamen. In het elektronisch kinddossier in de jeugdgezondheidszorg wordt gedurende langere tijd informatie over jeugdigen en hun omgeving vastgelegd. In de verdere toekomst zullen de momentopnamen van de verwijzindex ook worden vastgelegd in het elektronisch kinddossier. Het is van

belang om niet alleen af te gaan op een momentopname, maar om in te kunnen schatten of een moment onderdeel is van een reeks [8, 9].

Jeugdmonitor

In het kader van monitoring beveelt Operatie JONG eveneens de ontwikkeling van een landelijke jeugdmonitor aan. In de landelijke jeugdmonitor worden de staat van de jeugd en de effecten van jeugdbeleid bij elkaar gezet. Met een set van kernindicatoren wordt de situatie van de jeugd in kaart gebracht op basis van bestaande reportages. De monitor is erop gericht bestaande gegevens bij elkaar te brengen, er worden geen nieuwe gegevens verzameld. De indicatoren voor beschrijving van de jeugd hebben betrekking op arbeid, onderwijs, gezondheid en welzijn, en veiligheid. Op basis van de scores op de indicatoren worden beleidsrapportages opgesteld, die de resultaten op de verschillende niveaus (gemeente, provincie) weergeven. Operatie JONG onderzoekt of de toestand van de jeugd in een indexcijfer samengevat kan worden.

Doelstelling

Het doel van de monitor is de toestand van de jeugd integraal in beeld te brengen om beleidsmakers op het niveau van Rijk, gemeente en provincie te informeren over de situatie van de jeugd en wat de effecten zijn van het ingezette beleid. De monitor dient inzicht te geven in ontwikkelingen vanuit het perspectief van levensloop van de jeugdigen en de daarop gerichte jeugdketen. Operatie JONG heeft vastgesteld dat gesystematiseerde kennis van de jeugd ontbreekt. Over jeugd en jeugdbeleid zijn veel gegevens in omloop en departementen, provincies en gemeenten hebben ieder eigen ingerichte gegevensbronnen en monitors. Deze hoeveelheid aan dataverzamelingen en monitors bieden voor zich inzicht in een deel van situatie van de jeugd en de effecten van beleid. Door sectorale informatiestromen bij elkaar te brengen, kunnen aandachtspunten vanuit een gezamenlijk kader worden gesignaleerd, opgepakt en verantwoord worden [8, 10].

2.1.2 Conclusies

Op basis van bovenstaande kennisinventarisatie kan ten aanzien van de onderzoeksvraag op beleidsniveau het volgende geconcludeerd worden.

Op de vraag of de huidige wetgeving de samenwerking tussen de gezondheidsbevorderende instellingen, overheden en scholen stimuleert dan wel hindert, kan gesteld worden dat de overheid middels beleid integrale zorg in de jeugdgezondheidszorg stimuleert. Vanuit de WCPV wordt er door de overheid op aangestuurd dat gemeenten in samenwerking met scholen en JGZ-organisaties activiteiten ondernemen. GGD'en treden hierbij veelal als intermediair op en stimuleren en coördineren deze activiteiten. Daarnaast stimuleert en ontplooit de overheid initiatieven op het gebied van internetondersteuning, ter bevordering van samenwerking tussen JGZ-organisaties. In het kader van vroegsignalering en registratie- en informatie-uitwisseling worden initiatieven als het Elektronisch Kinddossier, de Verwijsindex Risicjongeren en de Jeugdmonitor gestimuleerd. Deze internettoepassingen maken het mogelijk dat gegevens over de toestand van de jeugdgezondheidszorg door meerdere organisaties wordt aangeleverd en de gegevens tegelijkertijd voor meerdere organisaties toegankelijk zijn, ontsloten worden. Hierdoor wordt samenwerking tussen JGZ-organisaties gestimuleerd in de uitvoering van monitoring- en preventietaken.

Ten aanzien van de vraag of de huidige wetgeving internetondersteuning ten behoeve van de gezondheidsbevordering van de schooljeugd stimuleert dan wel hindert, kan gesteld worden dat de overheid niet specifiek stuurt op de inzet van internet in de JGZ. Er is geen wetgeving die iets zegt over de inzet van internet in de monitoring- en preventietaak van de JGZ. Vanuit de overheid wordt gestuurd op resultaat en niet zozeer op de inzet van middelen.

2.2 Praktijk

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van lokale en regionale initiatieven op het gebied van internetondersteuning in de JGZ. Het betreft de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid, de Gezonde School Methode, SchoolSlag, Elektronische Monitor en Voorlichting, en de Rotterdamse Jeugdmonitor. Hieronder volgt een beschrijving van de initiatieven gevolgd door conclusies.

2.2.1 Internetondersteuning in de praktijk

Lokale en Nationale Monitor Gezondheid

Naast de landelijke jeugdmonitor vanuit Operatie JONG (zie vorige paragraaf) hebben GGD Nederland, TNO Kwaliteit van Leven en Zorg het initiatief genomen tot een Monitor Gezondheid. Met de Monitor Gezondheid verzamelen GGD'en en Thuiszorginstellingen op gestandaardiseerde wijze gegevens over gezondheid en ontwikkeling van burgers. Waar de Jeugdmonitor bedoeld is om bestaande gegevens bij elkaar te brengen heeft de Monitor Gezondheid tot doel om nieuwe gegevens te verzamelen. De Lokale en Nationale Monitor Gezondheid omvat de Monitor Jeugdgezondheid (0-19 jaar), Monitor Volksgezondheid (19-65 jaar) en Monitor Gezondheid Ouderen (65 jaar en ouder).

Monitor Jeugdgezondheid

De Monitor Jeugdgezondheid brengt de gezondheidstoestand van jongeren van 0-19 jaar in kaart. De monitoring gebeurt op basis van indicatoren, onderwerpen waarvoor geüniformeerde vraagstellingen ontwikkeld zijn. De indicatoren hebben betrekking op roken, kwaliteit van leven, vrijetijdsbesteding, psychosociale problemen en criminaliteit. GGD'en en thuiszorginstellingen maken voor lokaal gezondheidsonderzoek een keuze uit de indicatoren en nemen daarbij de standaardvraagstellingen over. Naast vragenlijsten maakt de Monitor Jeugdgezondheid gebruik van gegevens uit periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO) die gehouden worden op consultatiebureaus en scholen.

Doelstelling

De Monitor Jeugdgezondheid biedt referentiecijfers voor zowel regionaal als landelijk gezondheidsbeleid. Door de uniformering van de gegevensverzameling kunnen gemeenten lokale cijfers vergelijken met cijfers uit vergelijkbare gemeenten, waardoor aandachtspunten voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid beter geformuleerd kunnen worden. Op landelijk niveau worden de gegevens van de Monitor Jeugdgezondheid ingezet ter ondersteuning van het landelijk gezondheidsbeleid [11, 12].

Gezonde School Methode

Status

De Gezonde School Methode is een lopend project. Het doel is om steeds meer scholen ertoe te bewegen gezondheidsbeleid een onderdeel te laten vormen van het schoolbeleid.

Aanleiding

In 2005 is de Gezonde School Methode geïntroduceerd door het Ministerie van VWS samen met negen landelijke voorlichtingsinstellingen¹. De aanleiding hiertoe werd gevormd door het grote en onsamenhangende aanbod van gezondheidsprojecten aan scholen. Scholen gaven aan het moeilijk te vinden om binnen deze

¹ Het betreft de instituten: Consument en Veiligheid, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging, Rutgers Nisso Groep, Schorer, Soa Aids Nederland, STIVORO, Trimbos-instituut en het Voedingscentrum.

stroom van informatie keuzes te maken, wat resulteerde in ad hoc gezondheidsbeleid. Dit vormde de aanleiding voor een methode van vraagsturing vanuit scholen, waardoor adequaat kan worden ingespeeld op de behoeften van scholen.

Inhoud

De Gezonde School Methode maakt het voor scholen mogelijk zich te profileren op gezondheid en veiligheid. Een gezonde school resulteert in betere leerprestaties bij kinderen en betere werkprestaties bij leerkrachten. De Gezonde School Methode kenmerkt zich door: 1. Vraagsturing 2. Planmatige aanpak 3. Collectieve preventie en individuele zorg 4. Samenwerking van lokale en regionale zorginstellingen. In vraagsturing staan de door de school ervaren problemen en prioriteiten centraal. In samenwerking met de GGD wordt vastgesteld waar een school behoefte aan heeft, welke lespakketten goed aansluiten op de situatie van een school. Planmatige aanpak houdt in dat scholen gezondheid opnemen als onderdeel van het schoolbeleid. De Gezonde School Methode stelt dat collectieve preventie de eerste stap is in ketenzorg, waardoor gezondheid verbonden wordt met de onderwijstaak van de school. Naast collectieve preventie wordt aandacht geschonken aan de individuele leerling. Voor de uitvoering van preventie wordt samenwerking gezocht met regionale en lokale organisaties. Hierdoor wordt integrale gezondheidszorg bewerkstelligd.

Rol van internet

In de fase van planmatige aanpak brengen scholen de eigen behoeften in kaart. Aan de hand van monitoringgegevens wordt inzicht verkregen in de gezondheid van de schoolpopulatie, **en** wordt een situatieanalyse gemaakt. Op dit moment is het aan de scholen zelf om te bepalen op basis van welke monitoringgegevens een analyse wordt gemaakt. Wanneer dit gebeurt op basis van gegevens die via internet verzameld zijn, speelt internet een rol in de Gezonde School Methode. In de andere gevallen, waarbij gegevens met pen en papier worden verzameld, speelt internet geen rol in de Gezonde School Methode.

Evaluatie

De Gezonde School Methode is nog niet geëvalueerd. Hiervoor is wel door de GBI's een vervolgaanvraag ingediend [13].

SchoolSlag

Status

SchoolSlag is een lopend project. Evenals de Gezonde School Methode streeft SchoolSlag ernaar om zoveel mogelijk scholen planmatig aan preventie te laten werken, teneinde het preventieplan onderdeel te laten zijn van het school beleidsplan.

Aanleiding

De aanleiding voor SchoolSlag is tweeledig. De aanleiding zoals die beschreven is voor de Gezonde School Methode (paragraaf 2.1.1) geldt ook voor SchoolSlag. Door de preventievraag van het onderwijs centraal te stellen wordt beter voldaan aan de zorgbehoefte van scholen. Daarnaast wordt de aanleiding voor SchoolSlag gevormd door de succeservaring met het communityproject 'Hartslag Limburg', een project rondom wijkgericht werken. Lokale samenwerking van instellingen van zorg en welzijn heeft geresulteerd in verbeterde gezondheid van wijkbewoners. Naar aanleiding van het succes met wijkgericht werken is het idee ontstaan om een soortgelijke aanpak te ontwikkelen voor jeugd in het schooldomein.

Inhoud

De SchoolSlag werkwijze biedt een structuur, een stappenplan, aan de hand waarvan scholen (basis- en voortgezet onderwijs) planmatig kunnen werken. Gedurende het doorlopen van het stappenplan biedt een Schoolslagadviseur begeleiding en ondersteuning en vormt daarmee de 'linking pin' tussen de school en de ondersteunende instellingen. Aan de hand van monitoringgegevens (leerresultaten, leerlingvolgsysteem, leerlingbesprekingen, jeugdmonitor etc.) wordt allereerst de zorgbehoefte van de school bepaald. Op basis van de SchoolSlag-prioriteitenworkshop worden met leerlingen, ouders en leerkrachten prioriteiten voor preventie bepaald. De school bepaalt vervolgens de benodigde activiteiten en strategieën. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Gezonde School Methode, welke inzicht geeft in activiteiten die elkaar onderling versterken. De gekozen activiteiten worden vastgelegd in een preventieplan als onderdeel van het schoolzorg beleidsplan. Na uitvoering van de activiteiten wordt aan de hand van monitoringgegevens bepaald of de interventies effect hebben gehad.

Rol van internet

Gelijk aan de Gezonde School Methode heeft internet in SchoolSlag niet per definitie een rol. Opnieuw geldt dat wanneer scholen aan de hand van monitoringgegevens die via internet verzameld zijn de zorgbehoefte bepalen, internet een rol speelt. Bij monitoringgegevens die met pen en papier zijn verzameld speelt internet geen rol. Verder is voor de samenwerking tussen partijen gebruik gemaakt van een website, welke een archief functie heeft. Publicaties en relevante informatie zijn hierop geplaatst.

Organisatie

SchoolSlag is een initiatief van 5 regionale instellingen in Maastricht, te weten Bureau Jeugdzorg Limburg, GGD Zuidelijk Zuid-Limburg, Mondriaan Zorggroep, RIAGG Maastricht en Trajekt. Een intentieverklaring, om gezamenlijk te focussen op effectievere jeugdgezondheidszorg, ligt aan de samenwerking ten grondslag. Gesprekken met schoolhoofden en zorgcoördinatoren van het voortgezet onderwijs hebben inzicht gegeven in dilemma's waarmee scholen worstelen om jeugdgezondheidsprogramma's te implementeren. Op basis van deze informatie is SchoolSlag ontwikkeld, waarbij het Amerikaanse 'Comprehensive School Health Program' (Marx & Wooley, 1998) als uitgangspunt heeft gediend. De kern van de samenwerking wordt gevormd door een preventieteam, waarin ouders, leerlingen en leerkrachten plaatsnemen onder begeleiding van een Schoolslagadviseur. Dit preventieteam is gekoppeld aan het zorgteam, bestaande uit de jeugdarts en jeugdverpleegkundige. Het zorgteam beschikt over epidemiologische data op basis waarvan problemen gesignaleerd kunnen worden, waarop preventieactiviteiten zich vervolgens kunnen richten. Daarnaast dient preventie in samenwerking met het zorgteam meer afgestemd te worden op de individuele leerling. Onder leiding van de Schoolslagadviseur wordt op basis van input van het zorgteam en het preventieteam het eerder beschreven SchoolSlag-stappenplan doorlopen.

Evaluatie

De effectiviteit van SchoolSlag is nog niet geëvalueerd. De initiatiefnemers van SchoolSlag geven aan dat het te vroeg is om te bekijken of preventieplannen onderdeel zijn gaan vormen van schoolbeleid en in hoeverre de effectiviteit van preventie verbeterd is. Daarvoor moet eerst een volledige planningscyclus worden doorlopen. Wel is er voor de beoordeling van effectiviteit van onderwijsprogramma's over gezondheidszorg een kwaliteitsinstrument ontwikkeld, de SchoolSlag-checklist. Aan de hand van dit instrument hebben leraren en preventiefunctionarissen 41 onderwijsprogramma's beoordeeld. Hierdoor is een overzicht verkregen van programma's waarvan de effectiviteit is vastgesteld [14, 15, 16].

Elektronische Monitor en Voorlichting (E-MOVO)

Status

E-Movo is een lopend project. In de provincies Gelderland en Overijssel hebben de GGD'en in het schooljaar 2003/2004 voor het eerst gezondheidgegevens verzameld van jeugd via internet. Op dit moment wordt door GGD Nederland en het RIVM gesproken over uitbreiding van het project op landelijk niveau.

Aanleiding

In het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn GGD'en verantwoordelijk voor het in kaart brengen, het in stand houden en het bevorderen van welzijn en gezondheid van de bewoners in hun regio. Dit omvat eveneens de preventieve gezondheidszorg voor kinderen van 0-19 jaar. Inzicht in de huidige toestand van de jeugdgezondheid vereist monitoring om de gezondheidstoestand in bepaalde gebieden te kunnen meten en vergelijken en hierop gezondheidsbeleid te formuleren. Dit gebeurt vooral middels schriftelijke vragenlijsten. De grote hoeveelheden werk, tijd en geld die hiermee gepaard gaan, gecombineerd met de ontwikkelingen op het gebied van informatietechnologie vormt de aanleiding voor de ontwikkeling van een elektronische monitor. De elektronische monitor wordt beschouwd als een eigentijds instrument dat op efficiënte wijze inzicht geeft in de gezondheidstoestand van de jeugd en advies op maat mogelijk maakt.

Inhoud

Voor de onderwerpen school, gezondheid en welzijn, leefstijl, criminaliteit en vrije tijd is een monitorvragenlijst ontwikkeld, bestaande uit 119 vragen. Leerlingen uit de tweede en de vierde klas van het voortgezet onderwijs hebben de vragenlijst tijdens een lesuur online ingevuld op de website www.E-MOVO.nl. De antwoorden van de leerlingen vormden de basis voor het genereren van individuele voorlichting op maat voor de onderwerpen bewegen, roken, fruit eten, alcohol consumptie, veilig vrijen, drugs gebruik en geestelijk welzijn. Hierbij is uitgegaan van bestaande advies op maat interventies. Drie dagen na het invullen van de vragenlijst konden leerlingen middels een inlogcode en een wachtwoord de individuele feedback op de website bekijken. Dit gebeurde in de eigen vrije tijd. De individuele voorlichting bestond uit feedback op huidig gedrag, de in Nederland geldende gezondheidsnorm, de relatie tussen huidig gedrag en mogelijke gezondheidsrisico's, en tips om het gedrag te veranderen. Wanneer het huidige gedrag in overeenstemming was met de gezondheidsnorm werd een bekrachtiging gegeven. Naast de feedback werden per onderwerp links gegeven naar sites van GBI's met aanvullende informatie. Voor de onderwerpen roken en fruit was het mogelijk om een uitgebreider advies op maat te ontvangen. Hiervoor moesten leerlingen een aanvullende vragenlijst invullen. Naast het genereren van individuele voorlichting op maat werden de monitoringgegevens gebruikt voor de ontwikkeling van school-, gemeente- en regioreportages.

Rol van internet

In E-MOVO is internet ingezet als een instrument om monitoringgegevens te verzamelen. Via de website www.E-MOVO.nl hebben leerlingen van de tweede en vierde klas van het voortgezet onderwijs vragen ingevuld.

Organisatie

E-MOVO is een samenwerkingsproject tussen zeven GGD'en in Gelderland en Overijssel en de Universiteit Maastricht. De betrokken GGD'en zijn: GGD Rivierenland, GGD Regio Noordveluwe, GGD Regio Stedendriehoek, GGD Regio Achterhoek, GGD Regio Nijmegen, Hulpverlening Gelderland Midden en GGD Regio Twente. De organisatie van het project is vormgegeven in verschillende werkgroepen. De stuurgroep is verantwoordelijk voor de bewaking van de rode lijn in het project. De werkgroep heeft tot taak de plannen voor het ontwikkelen en implementeren van de monitorvragenlijst te coördineren. De subwerkgroep Epidemiologie heeft tot taak de vragenlijst te ontwikkelen en te testen. De subwerkgroep Gezondheidsvoorlichting is betrokken bij de ontwikkeling van de vragenlijst, de PR van het project, het ontwikkelen van draaiboeken, het ontwikkelen van de voorlichting op maat en het verzorgen van informatiebijeenkomsten en bijscholing. De capaciteitsgroep

Gezondheidsvoorlichting van de Universiteit Maastricht is zowel in de stuurgroep als in de subwerkgroep gezondheidsvoorlichting vertegenwoordigd. De universiteit is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de individuele voorlichting op maat en het uitvoeren van de evaluatie van het project als geheel. De GGD'en zijn verantwoordelijk voor het werven van de scholen en de contacten met de gemeenten, en het rapporteren van de resultaten van E-MOVO op school-, gemeente- en regionaal niveau. Verder zijn de GGD'en verantwoordelijk voor het aandragen van beleidsvoorstellen op basis van de presentatie van de resultaten op scholen en in de gemeente.

Financiering

Naast rijksfinanciering vanuit de WCPV is het project medegefinancierd vanuit het Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ).

Effectevaluatie

De evaluatie van het E-MOVO project is erop gericht de bevorderende en belemmerende factoren in kaart te brengen die van invloed zijn op toekomstig gebruik van E-MOVO door GGD'en en scholen. Onder leerlingen is een procesevaluatie uitgevoerd om de mate waarin E-MOVO wordt gewaardeerd te inventariseren. Hiertoe zijn vragenlijsten afgenomen en zijn groepsinterviews gehouden. Onder de medewerkers van GGD'en, scholen en gemeenten is een implementatie-evaluatie uitgevoerd, met als doel te inventariseren wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn om in de toekomst deel te nemen aan E-MOVO. Voor de implementatie-evaluatie is gebruik gemaakt van de theorie over diffusies van innovaties van Rogers (1995). Uit de evaluatie van E-MOVO komen de volgende aanbevelingen naar voren:

- De *snellheid* van dataverwerking en feedback/rapportage kan verhoogd worden. Op leerlingniveau kan dit worden verbeterd door de individuele feedback direct na het invullen van de monitorvragenlijst te geven. Op het niveau van scholen en gemeenten kunnen rapporten automatisch gegenereerd worden.
- Een *breder draagvlak* kan gecreëerd worden door betere informatieverstrekking in de voorbereidende fase aan alle betrokkenen van E-MOVO en door scholen, gemeenten en regio's eerder op de hoogte te stellen van de uitkomsten, zodat beleid hierop op tijd kan worden afgestemd.
- *Feedback* kan meer aangepast worden aan de wensen en behoeften van de ontvangers. Feedback op leerlingniveau zou gedifferentieerd kunnen worden naar onderwijstype en klas. Op schoolniveau wenst men rapporten per jaargang met daarin een vergelijking met scores van soortgelijke scholen.
- E-MOVO heeft bewezen dat het mogelijk is om via een elektronische monitor gegevens te verzamelen en individuele feedback te geven. Het biedt daarmee een goede mogelijkheid om de *monitor uit te breiden naar andere groepen*, bijvoorbeeld volwassenen of het speciaal onderwijs. De landelijke standaardisering van de jeugd- en volwassenenmonitor biedt kansen om E-MOVO te continueren.

De verdere uitwerking van E-MOVO is inmiddels landelijk in gang gezet. GGD NL en het RIVM zijn bezig om www.monitorgezondheid.nl uit te bouwen met een module internetgegevensverzameling die door de GGD'en ingezet kan worden om de landelijk vastgestelde vraagstellingen van de Monitor Gezondheid (zowel algemene bevolking als jeugd) in te zetten. Hiermee kunnen de GGD'en de algemene bevolking bijvoorbeeld met een gecombineerde schriftelijke en internetmethode benaderen of de gegevensverzameling bij jongeren via internet op scholen uitvoeren. Dit systeem wordt gecombineerd met een voorlichting op maat systeem, zoals dat in E-MOVO gebruikt is [17, 18].

Rotterdamse Jeugdmonitor

Status

De Rotterdamse Jeugdmonitor is een lopend project. In het kader van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid heeft de gemeente Rotterdam het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een lokale monitor, de Rotterdamse Jeugdmonitor.

Aanleiding

De Rotterdamse Jeugdmonitor (RJM) is een instrument van het jeugdbeleid van de gemeente Rotterdam. Het doel van de RJM is enerzijds het verkrijgen van inzicht in het welbevinden en (probleem)gedrag van kinderen en jongeren en factoren die daarop van invloed zijn, en anderzijds het terugkoppelen van resultaten aan betrokkenen zodat gerichte acties en interventies ondernomen kunnen worden. Aanleiding voor de RJM is de wens om op systematische wijze gegevens te verzamelen. Door op gestructureerde wijze gebruik te maken van vragenlijsten wordt data verzameld die op verschillende niveaus goed vergeleken kan worden.

Inhoud

Met de RJM onderzoekt de GGD Rotterdam en omstreken de lichamelijke en psychische gezondheid van kinderen en jongeren van 0 tot en met 18 jaar. Aan de hand van vragenlijsten wordt op zeven momenten de gezondheidstoestand van kinderen gemeten: er vinden twee metingen plaats bij 0-4 jarigen (consultatiebureau), twee metingen in de basisschoolperiode bij 5-6 jarigen (groep 2) en 9-10 jarigen (groep 6) en twee metingen op het voortgezet onderwijs bij 12-13 jarigen (brugklas), bij 14-15 jarigen (derde klas) en tot slot een meting bij 16-18 jarigen. De metingen op het voortgezet onderwijs sluiten aan bij het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) van de GGD. Voor de metingen worden door de jeugdverpleegkundige, leerkrachten, ouders en leerlingen vragenlijsten ingevuld. Hierin komen onderwerpen aan de orde als probleem- en risicogedrag, schoolbeleving, sociale vaardigheden, welbevinden, ingrijpende gebeurtenissen, sport- en vrijetijdsbesteding en relaties met vrienden, ouders, medeleerlingen en de leerkracht(en). De vragen verschillen per leeftijdscategorie. De uitkomsten worden verwerkt in diverse vormen van rapportages. Vervolgens worden de resultaten teruggekoppeld aan leerlingen, ouders, scholen, en (deel)gemeenten.

Rol van internet

De GGD Rotterdam zet internet in om vragenlijsten bij leerlingen op het voortgezet onderwijs elektronisch af te nemen. Met behulp van een gebruikersnaam en wachtwoord kunnen leerlingen op de website www.jeugdmonitor.nl de vragenlijsten invullen.

Organisatie

Initiatiefnemer van de RJM is het cluster Jeugd van de GGD Rotterdam e.o. Voor de gegevensverzameling wordt aangesloten bij de reguliere contactmomenten van de JGZ tussen kind en jeugdarts/-verpleegkundige (zoals hierboven beschreven). Bij de terugkoppeling van gegevens heeft de sector Jeugd van de GGD een adviserende en ondersteunende rol. De resultaten van de vragenlijsten worden verwerkt tot rapportages. Terugkoppeling van gegevens naar de ouders en kind gebeurt tijdens het spreekuur met de jeugdarts/-verpleegkundige; de vragenlijst die is ingevuld door de ouders wordt doorgesproken. Op collectief niveau wordt niet teruggekoppeld. Terugkoppeling van gegevens naar de scholen en gemeente gebeurt aan de hand van wijkrapporten. Voor scholen wordt aan dit rapport ter vergelijking een bijlage toegevoegd met daarin de eigen scores. Aan de hand van het wijkrapport gaat de jeugdarts in gesprek met de directeur en betrokken leraren. De meest zorgelijke onderwerpen worden geselecteerd om vervolgens met andere scholen in de wijk en betrokken wijkinstellingen een interventieplan op te stellen. Hiervoor wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van een bestaand wijk- of jeugdnetwerk. De GGD schrijft samen met de betrokkenen een interventieplan, waarin een probleemanalyse wordt gegeven en doelgroepen, doelstellingen en richtlijnen worden vastgelegd. Na bespreking van de wijkrapporten op wijkniveau worden de rapporten en het interventieplan door de GGD op gemeenteniveau besproken met de betreffende ambtenaar en portefeuillehouder. Gemeenten gebruiken de rapporten ter onderbouwing van jeugdbeleid.

Elektronisch Kinddossier

Rotterdam heeft sinds 2005 een elektronisch cliëntendossier (ECD). Hiermee loopt de Rotterdamse en Amsterdamse GGD voor op de landelijke ontwikkelingen. In het ECD worden gegevens opgenomen van consultatiebureaus en jeugdgezondheidscentra, de schoolloopbaan, en punten van speciale aandacht die tijdens contacten met de jongere of ouders zijn geconstateerd (vanuit o.a. de RJM). Vanwege het beroepsgeheim hebben alleen artsen en verpleegkundigen het recht om het ECD in te zien. Indien toestemming is gegeven door de ouders of het kind kan een dossier door een andere hulpverlener worden ingezien. De hulpverlener krijgt dan toegang tot slechts een specifiek deel van het dossier. Het ECD biedt het voordeel dat bij verhuizing de gegevens meteen voorhanden zijn. Voor de GGD Rotterdam biedt het systeem naast gebruiksgemak voor artsen en verpleegkundigen de mogelijkheid om meer aspecten van de gezondheid van de Rotterdamse jeugd te volgen en te gebruiken voor collectieve maatregelen. Risicogroepen worden in kaart gebracht, trends worden zichtbaar en analyses kunnen worden gemaakt.

Financiering

De RJM wordt deels uit rijks gelden vanuit de WCPV bekostigd en deels vanuit gelden van het stadsbeleid Rotterdam.

Evaluatie

In 2005 heeft de GGD Rotterdam een proef gedaan om vragenlijsten bij leerlingen op het voortgezet onderwijs elektronisch af te nemen. Tot dan werd de jeugdmonitor op papier afgenomen. De proef is uitgevoerd om na te gaan of leerlingen zich prettig voelen bij het invullen van een vragenlijst via de computer en om na te gaan of een andere wijze van afname zou leiden tot veranderingen in resultaten. De proef heeft uitgewezen dat leerlingen een elektronische vragenlijst in vergelijking met een papieren vragenlijst hoger waarderen en dat elektronische afname niet leidt tot grote verandering in resultaten [19, 20, 21].

2.2.2 Conclusies

De onderzoeksvraag die voor het niveau van praktijk in dit onderzoek centraal staat is: stimuleren of hinderen interventies het proces van zorgverlening en samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden?

In de eerste plaats kan geconcludeerd worden dat in de hierboven beschreven initiatieven integrale zorgverlening, ketenzorg, steeds centraal staat. Binnen de genoemde projecten wordt samenwerking gezocht met gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en gemeenten. Daarnaast toont de kennisinventarisatie dat de samenwerking vooral rondom projecten en initiatieven plaats vindt. Er is geen sprake van structurele samenwerking tussen JGZ-organisaties, gemeenten en scholen rondom de specifieke doelgroep van jongeren in de leeftijd van 0-19 jaar. Structurele gezamenlijke oriëntatie binnen de JGZ vindt nog niet plaats.

Verder kan gesteld worden dat de rol van internet in het proces van zorgverlening een weinig interactieve rol is. Internet wordt vooral ingezet om gegevens te registreren en te archiveren; op het gebied van monitoring wordt internet ingezet om via online vragenlijsten gegevens te verzamelen en daarnaast worden de gegevens als referentiekader gebruikt voor het ontwikkelen van (preventie)beleid. E-Movo is de enige interventie waarbij internet een interactieve rol vervult; na het invullen van een online vragenlijst kregen leerlingen advies-op-maat, gezondheidsvoorlichting die specifiek op de persoon is toegesneden. Maar bij het merendeel van de initiatieven vervult internet een registrerende rol.

Tot slot maakt de kennisinventarisatie duidelijk dat er weinig zicht is op de effectiviteit van interventies. Met uitzondering van E-Movo is er nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit en kwaliteit van zorgverlening en samenwerking binnen de verschillende interventies. Veel projecten hebben een te korte looptijd om de effectiviteit vast te kunnen stellen.

2.3 Onderzoek

In deze paragraaf wordt onderzoek besproken dat is verricht door het Erasmus MC Rotterdam naar de inzet van internet in monitoring en preventie. De eerste paragraaf geeft een beschrijving van het onderzoek. In de tweede paragraaf worden een aantal conclusies getrokken.

2.3.1 De rol van internetondersteuning onderzocht

E-health4Uth

Aanleiding

E-health4Uth is de titel van een promotieonderzoek dat is verricht door het Erasmus MC Rotterdam naar integratie van monitoring en preventie in de jeugdgezondheidszorg. Traditioneel beziet het veld van de jeugdgezondheidszorg monitoring en preventie als gescheiden taken; de epidemioloog houdt zich bezig met monitoring en de jeugdarts/-verpleegkundige houdt zich bezig met preventie. Teneinde de effectiviteit van de jeugdgezondheid te vergroten is in dit onderzoek bekeken hoe door de inzet van internet de integratie van monitoring en preventie bevorderd kan worden.

Opzet onderzoek

In het E-health4Uth onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal: 1. is het haalbaar om monitoring en preventie uit te voeren met behulp van internetondersteuning, 2. hoe evalueren gebruikers deze internetondersteuning in monitoring en preventie, 3. leidt internetondersteuning in monitoring en preventie tot dezelfde resultaten als een papieren vragenlijst, 4. wat zijn de effecten van internetondersteuning in monitoring en preventie op het gezondheidsgedrag van leerlingen. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is door het Erasmus MC Rotterdam een digitale vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst is door leerlingen uit groep 7 van de basisschool en door leerlingen uit de derde klas van het voortgezet onderwijs klassikaal op internet ingevuld. Na het invullen van de vragenlijst kregen de leerlingen direct advies op maat teruggekoppeld. Op individueel niveau kon worden bekeken of er sprake was van hoog gezondheidsrisico en indien nodig een doorverwijzing worden gegeven voor een afspraak met de jeugdarts. Om het consult van leerling en jeugdarts beter te kunnen structureren kreeg de jeugdarts voorafgaand aan het consult een overzicht van de antwoorden op de vragenlijst van de leerling. Op deze wijze is monitoring gekoppeld aan preventieactiviteiten. Op groepsniveau kon een SPSS-datafile gegenereerd worden op basis waarvan feedback kon worden gegeven aan de school.

Resultaten

Op basis van de onderzoeksresultaten concludeert het Erasmus MC Rotterdam dat het haalbaar is om internet in te zetten als ondersteuning voor monitoring en preventie. Het onderzoek heeft aangetoond dat het mogelijk is om leerlingen via internet advies op maat te geven, hoog risicoleerlingen te selecteren en informatie te verschaffen aan de jeugdarts/-verpleegkundige voor het consult. Daarnaast wordt geconcludeerd dat monitoring via internet tot dezelfde resultaten leidt als monitoring via papieren vragenlijsten. Hierbij moet opgemerkt worden dat het onderzoek onvoldoende bewijs levert voor gelijkheid in resultaten voor 'gevoelige' onderwerpen, zoals drugs of veilig vrijen. In het onderzoek is slechts getest aan de hand van de module 'fruit

eten'. Het Erasmus MC Rotterdam beveelt dan ook verder onderzoek naar 'gevoelige onderwerpen' aan. Evaluatie van het gebruik van internet laat zien dat gebruikers de internetondersteuning positief waarderen: in vergelijking met papieren vragenlijsten geven leerlingen de voorkeur aan digitale vragenlijsten. Doordat zowel kind als arts een overzicht krijgen van de antwoorden op de vragenlijst kan het consult met de jeugdarts bovendien beter gestructureerd worden; het gesprek kan beter worden afgestemd op onderwerpen die voor het kind echt belangrijk zijn. Ondanks dat het onderzoek heeft aangetoond dat het mogelijk is om leerlingen via internet voorlichting op maat te geven, biedt het onderzoek onvoldoende bewijs voor het vaststellen van de effectiviteit van advies op maat modules. Hiervoor is meer onderzoek nodig, onder andere naar de effectiviteit van 'gevoelige' onderwerpen zoals veilig vrijen. Tot slot wordt verder onderzoek aanbevolen naar betrouwbaarheid en validiteit van vragenlijsten en de wijze van selectie van hoog risicoleerlingen [22].

2.3.2 Conclusies

Op onderzoeksniveau staat de vraag centraal of (periodiek) wordt onderzocht welke effecten de interventies hebben op de samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden en op de bevordering van de gezondheid van schooljeugd.

De kennisinventarisatie op praktijkniveau (paragraaf 2.2) heeft reeds laten zien dat van de meerderheid van de initiatieven de effectiviteit niet is vastgesteld. De looptijd van de projecten is te kort om effectiviteit vast te kunnen stellen. De intentie om onderzoek te verrichten naar effectiviteit wordt door initiatiefnemers wel uitgesproken.

Ten aanzien van de onderzoeksvraag kan op basis van het onderzoek van het Erasmus MC geen antwoord worden gegeven. Het onderzoek levert bewijs dat de inzet van internet mogelijk is, effecten hiervan zijn niet onderzocht. Er is bewijs geleverd dat internet een interactieve rol kan vervullen: op basis van digitale vragenlijsten kan advies-op-maat goed op de persoon worden afgestemd. Bovendien toont het onderzoek aan dat leerlingen de voorkeur geven aan digitale vragenlijsten. Daarnaast wordt aangetoond dat internet het mogelijk maakt de gebieden van monitoring en preventie met elkaar te verbinden: online verzameling van gegevens maakt het mogelijk het spreekuur van de jeugdarts beter te structureren en interactiever te maken. In het onderzoek is echter niet onderzocht wat nu precies de effecten zijn van internetondersteuning op gezondheidsbevordering van jeugd en op samenwerking met JGZ-organisaties. Dit vormt ook één van de aanbevelingen van het Erasmus MC voor toekomstig onderzoek.

3. Ervaringen met internetondersteuning in JGZ

In aanvulling op de deskresearch zijn telefonische diepte-interviews afgenomen. De interviews zijn uitgevoerd om beter inzicht te krijgen in huidige initiatieven op het gebied van internetondersteuning in de JGZ en om wensen van spelers in het veld te inventariseren. Verdeeld over de niveaus van beleid, praktijk en onderzoek zijn interviews afgenomen bij het Ministerie van VWS (beleid), GGD Rotterdam (praktijk), SchoolSlag (praktijk), NIGZ Gezonde School (praktijk), Erasmus MC Rotterdam (onderzoek) en TNO Kwaliteit van Leven (onderzoek). In de volgende paragrafen volgt een beknopte weergave van de interviews. Op basis van de interviews wordt in de laatste paragraaf een overzicht gegeven van kansen en bedreigingen ten aanzien van internetondersteuning in JGZ.

3.1. Ervaringen vanuit de overheid

3.1.1 Interview Ministerie van VWS

Het ministerie van VWS ondersteunt de jeugdgezondheidsmonitor, een monitor van gemeenten die door GGD'en tot stand wordt gebracht. De monitor beschrijft de gezondheidstoestand van jeugd in brede zin, zowel fysieke als sociaal-psychische kenmerken, en verloopt via een webapplicatie (zie ook hoofdstuk 2).

Wettelijke regelingen

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is vastgelegd dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het JGZ-beleid. De wijze waarop dit beleid moet worden uitgevoerd staat er niet in vastgelegd. De Inspectie van de Volksgezondheid ziet toe op de uitvoering van de WCPV. De wet bescherming persoonsgegevens dient als richtlijn voor de bescherming van persoonlijke informatie.

“Wij sturen niet op de middelen, maar wél op de resultaten. Zo zijn gemeenten verplicht de gezondheid van jongeren te monitoren. Een gezondheidsmonitor die via een webapplicatie loopt is een goede manier om monitoring tot stand te brengen...”

Financiering

De JGZ bestaat uit een 'uniform' deel en een 'maatwerk' deel. Het uniforme deel heeft betrekking op gezondheidszorg die alle kinderen krijgen, en wordt rechtstreeks gefinancierd vanuit het Rijk. Deze gelden worden via gemeenten doorgeleid naar JGZ-organisaties met specifieke opdrachtverlening. Het 'maatwerk' deel, kinderen die extra en specifieke zorg nodig hebben, wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds.

Met betrekking tot de jeugdgezondheidsmonitor financiert het ministerie van VWS de webapplicatie. Via het RIVM wordt deze webapplicatie beschikbaar gesteld. JGZ-organisaties hebben zelf de keuze om gebruik te maken van deze monitor. De reguliere verzameling van JGZ-gegevens wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds.

In antwoord op de vraag of verkokering in de financieringsstructuur een mogelijke belemmering vormt voor de uitvoering van de JGZ, wordt door het ministerie aangegeven dat dit niet van toepassing is op de JGZ.

“Verkokering in financieringsstructuur speelt niet in de JGZ: de JGZ speelt zich immers niet af over meerdere lijnen. Het heeft wel betrekking op het brede jeugdbeleid; daar bestaat een specifieke financieringsstroom voor kinderopvang, een andere stroom voor peuterspeelzalen etc. Die

verschillende financieringsstromen bevorderen integratie niet speciaal. Maar die vorm van financiering wordt op dit moment geëvalueerd en dan verandert er waarschijnlijk wel het een en ander..."

Samenwerking tussen JGZ-organisaties

Aan de jeugdgezondheidsmonitor ligt een gebruikersovereenkomst ten grondslag, welke is afgesloten tussen RIVM, TNO en JGZ-organisaties. In de overeenkomst staat beschreven welke organisaties de monitoringgegevens leveren, welke organisaties de gegevens analyseren en wat er verder met de gegevens kan en mag gebeuren. Onderling wordt toegezien op een goede samenwerking en naleving van het samenwerkingscontract.

Beleidsmatig wordt samenwerking tussen JGZ-organisaties gestimuleerd door de opdrachtgeving via gemeenten te laten verlopen, waardoor een gezamenlijke opdrachtgever ontstaat. Daarnaast richt de opdrachtgeving zich op het hele traject van 0-19 jaar, waardoor samenwerking tussen de verschillende organisaties eveneens wordt gestimuleerd.

Monitoring en preventie

De jeugdgezondheidsmonitor geeft inzicht in de gezondheid van kinderen in een bepaalde regio, school en klas. Voorlichting op groepsniveau wordt hierop afgestemd. Op individueel niveau wordt voorlichting op maat op gezette tijden verstrekt door de jeugdarts/-verpleegkundige. Het Ministerie van VWS geeft aan dat preventie veelal nog niet via internet verloopt. Er wordt wel mee geëxperimenteerd in projecten als E-Movo.

Het Ministerie van VWS bevestigt dat er, met betrekking tot systematische gegevensverzameling van de gezondheidstoestand van de jeugd, onvoldoende inzicht is in de psycho-sociale ontwikkeling van kinderen.

"Vanuit de gezondheidsmonitor hebben we een aantal vragenlijsten laten ontwikkelen over psycho-sociale gezondheid van kinderen. Daarmee komt die informatie beter in beeld..."

Verder wordt aangegeven dat gezondheidsgegevens van 0-12 jarigen onvoldoende toegankelijk zijn. Vanuit VWS wordt daarom in het kader van de jeugdgezondheidsmonitor gestimuleerd dat de jeugdgezondheidszorg het Elektronisch Kinddossier in gebruik neemt.

"Als je het hebt over 0-12 jarigen dan is het zo dat we vanuit VWS stimuleren dat de jeugdgezondheidszorg met het Elektronisch Kinddossier gaat werken. Op het moment dat ze dat gaan doen worden de gegevens veel toegankelijker. Een goede ontsluiting van deze gegevens komt de zorgverlening aan kinderen ten goede..."

Kwaliteitszorg

Voor de jeugdgezondheidsmonitor worden vragenlijsten ontwikkeld die breed getoetst worden in het veld. Gedurende het ontwikkeltraject worden de vragenlijsten in 7 stappen gevalideerd. Daarnaast controleert de Inspectie van de Volksgezondheid gedurende het ontwikkelproces, de afname en verwerking op waarborging van de kwaliteit.

Effectiviteit

Effectiviteitsmeting is ingebed in de jeugdgezondheidsmonitor. Doordat metingen periodiek worden herhaald kan worden gemeten of het gedrag van kinderen verandert (bijvoorbeeld de hoeveelheid fruit die wordt gegeten). Het is lastig om metingen m.b.v. een controlegroep te verrichten; regionale verschillen staan een goede controlegroep in de weg.

"Je moet er maar vanuit gaan dat als het een effectieve methode is die je toepast, dat wordt vaak wel onderzocht en heeft ook te maken met ontwikkelde richtlijnen, standaarden en protocollen, dat het een effect zal hebben. En met de monitor kun je dan meten of dat inderdaad zo is..."

Toekomstvisie

Het Ministerie van VWS voorziet voor de jeugdgezondheidsmonitor een belangrijke rol voor het Elektronisch Kinddossier:

"Als je het hebt over ontwikkelingen in monitoring, dan denk ik dat het EKD daar een hele grote impuls aan gaat geven. Want een monitor is natuurlijk toch iets dat elke 4 jaar wordt uitgevoerd en wat voor een deel een steekproef is. Het EKD beschrijft alle kinderen continu. De bedoeling is dat die informatie van die kinderen anoniem in een informatiebank terecht komt, zodat je veel actuele gegevens hebt over alle kinderen en dus niet alleen over groepen kinderen. Hierdoor kan een veel beter beeld geschetst worden in de jeugdgezondheidsmonitor..."

Met betrekking tot samenwerking tussen JGZ-organisaties verwacht het Ministerie van VWS een intensivering:

"Als je het hebt over samenwerking dan denk ik dat die nu goed is, zeker op het gebied van monitors. En die samenwerking zal nog verder ontwikkeld worden. Want Actiz en GGD Nederland hebben afgelopen donderdag (d.d. 6 juli 2006) een samenwerkingsconvenant gesloten. Dat zal ongetwijfeld ook verder doorwerken..."

3.2 Ervaringen uit de praktijk

3.2.1 Interview GGD Rotterdam

Wettelijke regelingen

De GGD is belast met de uitvoering van JGZ-beleid, welke voortvloeit uit de WCPV. De uitvoering van JGZ-beleid bestaat uit een uniform deel (basistakenpakket) en een maatwerk deel (aanvullende zorg). Zie ook paragraaf 3.1.1.

Financiering

De GGD Rotterdam geeft aan dat naast de gebruikelijke wijze van JGZ-financiering (zie paragraaf 3.1.1) ook gelden worden ontvangen uit het stadsbeleid Rotterdam. Anders dan in anderen gemeenten wordt in de gemeente Rotterdam meer nadruk gelegd op jeugdbeleid. De GGD geeft aan dat het geld dat wordt ontvangen uit het stadsbeleid vooral wordt aangewend voor vernieuwing in de JGZ, zoals het initiatief tot de Rotterdamse Jeugdmonitor:

"De gewone financiering vanuit het Rijk leent zich niet voor echte vernieuwing en voor ontwikkeling van interventies. Dat geld moeten we echt lokaal halen..."

Samenwerking tussen JGZ-organisaties

GGD Rotterdam zet zich actief in voor de ontwikkeling van 'jeugdcentra': een centrum voor jeugd en gezin waar Bureau Jeugdzorg, de JGZ, het consultatiebureau en de kraamzorg onder één dak zitten. De GGD wil hier op den duur ook huisartsen in betrekken. Het initiatief voor de ontwikkeling van jeugdcentra komt voort uit advisering van Invent, waarin gesteld wordt dat jeugdzorg meer moet samenwerken. Binnen deze samenwerking moet de JGZ meer een archief-functie krijgen:

“Het hele terrein van jeugdzorg is té versnipperd om adequaat hulp te kunnen bieden. Er zijn te veel mensen met dezelfde gezinnen bezig. Heel veel informatie gaat langs elkaar heen. Om dat anders te organiseren richten wij centra voor jeugd en gezin op, en koppelen we systemen aan elkaar. Het doel is één jeugdinstelling...”

Monitoring en preventie

Sinds 1997 heeft de GGD Rotterdam een jeugdmonitor (zie ook hoofdstuk 2). Aanvankelijk is de jeugdmonitor anoniem begonnen. De GGD geeft aan dat in 2002/2003 toch de overstap is gemaakt naar vragenlijsten op naam, om jeugd de mogelijkheid te bieden hulp te vragen wanneer dat nodig mocht zijn:

“Als keer op keer uit de jeugdmonitor blijkt dat 10% ooit een suicide poging heeft ondernomen, om maar iets te noemen, dan ga je toch denken: we moeten in ieder geval ook binnen de methode van bevraging mogelijkheden bieden aan jongeren om hulp te zoeken als dat nodig is. Of we moeten ze zelf op kunnen sporen...”

Cliëntendossier

Sinds 2005 wordt binnen de JGZ van Rotterdam al gewerkt met een elektronisch kinddossier, ‘cliëntendossier’ genaamd. In de regio’s Amsterdam en Rotterdam heeft ieder kind een eigen dossier. De JGZ is bezig om alle gegevens in het dossier op te nemen, maar een aantal vaste contactmomenten zijn er al in opgenomen. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werken er inmiddels mee. De andere instellingen binnen de jeugdzorg moeten hun systemen nog ombouwen en op het systeem laten aansluiten.

“Dat (EKD) is gewoon de ruggengraat van de informatie over jongeren. Tenminste, zo zien wij het. Binnen die centra voor jeugd en gezin gaan we er ook voor zorgen dat al die partijen met het elektronisch kinddossier werken. Dat wil zeggen dat ze er in ieder geval informatie uit kunnen halen en dat ze er signalen in kwijt kunnen. Om zo een sluitende aanpak rondom kind en gezin te garanderen...”

Kwaliteitszorg

De GGD Rotterdam ontwikkelt voor een deel zelf collectieve interventies. Er wordt aangegeven dat dit voort komt uit een sterke verwevenheid van de JGZ en het Rotterdams jeugdbeleid: jeugd in Rotterdam blijkt op een aantal kenmerkende punten wezenlijke problemen te hebben. Zo is er een interventie ‘Wensen en Grenzen’ ontwikkeld voor seksuele voorlichting aan jongeren op de basisschool en het voortgezet onderwijs:

“Zo’n onderwerp als ‘Wensen en Grenzen’, ik zou het niet een typisch JGZ onderwerp durven noemen, maar het is wel typisch een grote stadsjeugd problematiek onderwerp. De GGD krijgt dan wel de taak om daar een programma op te maken. En dat is denk ik bij een heleboel andere GGD-en niet, omdat die niet altijd een stadsdienst zijn. Ze zijn vaak een GGD die voor meerdere gemeentes tegelijk werken en daardoor minder capaciteit beschikbaar hebben...”

De agenda voor de ontwikkeling van collectieve interventies ligt bij beleidsmakers. Die dragen thema’s aan waarop programma’s moeten worden ontwikkeld. De jeugdmonitor dient daarbij als toets. Iedere interventieontwikkeling wordt gekoppeld aan onderzoek. Waar mogelijk aan de jeugdmonitor, maar soms heeft de monitor een te lage frequentie. Dan wordt een extra meetmoment ingelast. Als nulmeting wordt meestal wel de meting van de jeugdmonitor genomen.

Effectiviteit

De GGD Rotterdam beschouwt een interventie als succesvol wanneer de variabele die je wilt verbeteren ook daadwerkelijk verbetert, bijvoorbeeld wanneer jongeren door de interventie meer gaan bewegen. Daarnaast is het voor de GGD Rotterdam belangrijk dat een interventie op eenvoudige wijze breed geïmplementeerd kan worden.

"Je wilt niet een heel duur programma ontwikkelen dat heel goed werkt, maar wat niemand meer kan betalen. Dus je wilt een beetje een 'mean and lean' interventie, een slimme oplossing die nieuwe mogelijkheden biedt en die zich eenvoudig laat implementeren..."

De GGD geeft aan dat het bereik van Rotterdamse jongeren goed is zolang de jongeren naar school gaan:

"Het bereik onder de 4 jaar is uitstekend. In groep 2 van de basisschool is dat ook nog altijd boven de 90%. Dat blijft zo'n beetje de hele schoolgaande periode hoog. Zolang jongeren naar school gaan hebben wij het idee dat wij de jongeren ook wel bereiken. Risicogroepen beginnen te ontstaan wanneer jongeren niet meer naar school gaan. De JGZ is wel aan scholen gebonden en bij deze risicogroepen verliest de JGZ dan ook zijn bereik..."

Toekomstvisie

De GGD Rotterdam geeft aan dat het met betrekking tot dataverzameling meer via internet wil werken. Uit een proef onder leerlingen is gebleken dat scholieren het prettig vinden om vragenlijsten online in te vullen. Dit biedt de mogelijkheid tot het geven van advies-op-maat en de mogelijkheid tot het stellen van een betere diagnose, doordat de inzet van internet het beter mogelijk maakt om dieper door te vragen op bepaalde onderwerpen:

"Je kunt je voorstellen, je kan niet iedereen alles vragen. Maar als iemand aangeeft dat 'ie ergens mee zit, dan kan je wel veel specifiekere doorvragen via die internetmethode. Dus dat is heel aantrekkelijk..."

De inzet van internet leidt aan de kant van dataontsluiting tot betere toegankelijkheid van gegevens. In de toekomst wil de GGD dan ook meer thematisch rapporteren. Hierdoor kunnen organisaties eerder tot actie aangezet worden, waardoor de JGZ effectiever wordt:

"Doordat we steeds meer naar ontsluiting van gegevens via internet toegaan zijn actuele gegevens altijd voorradig en willen we meer thematisch rapporteren. Op bepaalde thema's vegen we dan alle informatie bij elkaar. Als we vanuit beleid daarover een punt willen maken dan brengen we dat naar buiten..."

De GGD Rotterdam pleit er tot slot voor om de JGZ als volwaardige partner in het jeugdbeleid te beschouwen:

"Veel GGD-en zitten nog steeds in dat hele lichamelijke van de JGZ. Artsen hebben bij ons een hele groei doorgemaakt door steeds meer op het psycho-sociale vlak te doen en ook steeds vaker collectief te denken. Dus in plaats van: wat is goed voor dit kind op dit moment? Of deze ouders? Ook te denken: waar is deze school nu mee geholpen? Of waar is deze wijk nu mee geholpen? En dan raak je toch wel heel snel de andere spelers: de mensen van het welzijnswerk of van diensten die gaan over de groeninrichting van een wijk of mensen die gaan over de veiligheid, of de buurtagent en dan wordt je vanzelf iemand die meedraait in het jeugdbeleid. En dat is zeg maar onze visie op de JGZ: dat het

gewoon een volwaardige partner in jeugdbeleid is. En die visie wordt niet heel breed in de GGD gedragen, omdat sommige gemeenten er absoluut niet de capaciteit voor hebben of de wens..."

3.2.2 Interview SchoolSlag

Financiering

SchoolSlag geeft aan dat de wijze van financiering voor het project van invloed is geweest op de wijze van samenwerking tussen JGZ-organisaties.

"In de beginfase hebben we gehad dat de financiering voor één van de partijen over ging van inputfinanciering naar productafspraken. Toen staken er meteen concurrentiegevoelens op. Men was bang dat door te veel te adviseren andere instellingen werk zouden krijgen, waardoor werk van eigen collega's op de tocht zou komen te staan. Dat was op dat moment een bedreiging voor de samenwerking..."

"Maar door over en weer werk binnen te halen, hebben we de concurrentiegevoelens weten om te buigen. We zijn tot de conclusie gekomen dat ondanks de financiële dreiging van kortingen, maar ook van commerciële bureaus die krenten uit de pap willen vissen, je beter een gezamenlijk front kan vormen. Dus uiteindelijk is de financieringsstructuur omgekeerd naar een bevorderende factor..."

Samenwerking tussen JGZ-organisaties

Ten aanzien van de samenwerking tussen partijen wordt aangegeven dat is gekozen voor een 'instrumentele manier' van samenwerken: gaandeweg samen leren, waarin niet alles van tevoren is vastgelegd. Er wordt aangegeven dat het in de beginfase vooral van belang is elkaars taal te leren spreken en te proberen elkaars culturen te verbinden:

"We hebben in het eerste jaar een hele discussie gehad over: wat is preventie? Daar bleken de preventiepartners verschillende betekenissen voor te hebben. Veel instellingen associëren 'gezondheid', anders dan de gezondheidszorg, enkel met het fysieke lichaam. Voor het welzijnswerk had gezondheid echt de betekenis 'dan ben je niet ziek'. En dan onze belevenis waarin gezondheid 'fysiek-sociaal-mentaal welbevinden betekent..."

SchoolSlag benadrukt verder dat het belangrijk is naar andere organisaties te luisteren en elkaars expertise te respecteren. Het is daarbij van belang om partners uit te dagen de eigen expertise op de kaart te zetten:

"Mensen kennen elkaar wel bij naam, maar hadden niet echt een idee of een hoge dunk van de expertise van de andere organisatie. We hebben in eerste instantie vooral geïnvesteerd in het nader kennismaken, elkaars expertise leren kennen, respect voor elkaar ontwikkelen en korte lijnen ontwikkelen waardoor mensen elkaar makkelijk konden vinden. We hebben vooral eerst gefocused op het menselijke aspect..."

In de organisatie van SchoolSlag is er expliciet voor gekozen om scholen als gelijkwaardige partner te beschouwen en expertise van docenten te onderkennen:

"Expertise zit ook veel bij docenten. Als je die niet erkent... Je moet school niet zien als doorvoerhaven. Dat zijn ze behoorlijk zat; veel instellingen beschouwen scholen als een vindplaats

voor jeugd en vragen of scholen ook even een projectje over gezondheid of wat dan ook erbij willen doen. Je moet scholen als gelijke partner behandelen..."

Effectiviteit

Er wordt aangegeven dat het nog te vroeg is om te bekijken of SchoolSlag effect heeft gesorteerd in veranderd gedrag onder leerlingen:

"Het heeft gewoon nog geen nut om op dit moment naar veranderingen in leerlinggedrag te kijken in SchoolSlagregio's. Want we merken dat voordat je de schoolplannen beïnvloed hebt, je dan al weer een hele planningscyclus verder bent..."

In de effectiviteitsmeting is al wel gekeken naar hoe de samenwerking tussen betrokken partijen is verlopen en welke activiteiten er zijn uitgevoerd. Aan de hand van het kwaliteitsinstrument Diagnosis of Sustainable Collaboration (DISC) zijn interviews met stakeholders gehouden en is een documentanalyse uitgevoerd. Hieruit kwamen de volgende punten naar voren:

"In eerste instantie hebben we nog even gedacht dat we alle scholen in het basis- en voortgezet onderwijs in 1 jaar tijd zouden kunnen bedienen. Dat idee hebben we heel sterk moeten terugdringen. Wat we ook geleerd hebben is dat de competenties van SchoolSlag adviseurs meer aandacht behoeven en dat we niet kunnen volstaan met één training."

Toekomstvisie

In het kader van monitoring voorziet SchoolSlag een belangrijke rol voor de Jeugdmonitor:

"Ik denk dat de jeugdmonitor een hele belangrijke wordt en daar zie ik veel potentie in, ook met het oog op individuele terugkoppeling, advisering op maat. Die ontwikkeling moet vooral doorgaan..."

Internet biedt daarnaast de mogelijkheid voor scholen om beter op de hoogte te blijven van preventie-activiteiten. Hierin geeft men aan dat het overzicht van mogelijke projecten in Nederland gestructureerder kan. Hiertoe moet de effectiviteitsvraag voor activiteiten beantwoord worden:

"... Het is een vrije markt. Je hebt de reguliere overheidsgefinancierde instellingen en je hebt allerlei kleine bedrijfjes die preventie-activiteiten aanbieden. Daar heb je veel over te doen. Daar zit de uitdaging om effectiviteitsvragen beantwoord te krijgen. Er zit heel veel onzin tussen de zinvolle dingen... En moet je dan dingen verbieden? Nee. Ik denk dat het belangrijk is om de kracht van bepaalde interventies helder te krijgen en te weten: waar werkt het nou?..."

Er wordt verder aangegeven dat het EKD een belangrijke rol vervult in de samenwerking tussen partijen:

"Het EKD zou in principe door meerdere partijen gevuld moeten worden. En dan niet alleen de integrale JGZ, maar ook scholen. Daarvoor kun je je afvragen in hoeverre het EKD gelinkt kan worden aan de school-volgsystemen? Het gaat hierbij om de vraag wat de mogelijkheden zijn voor een professioneel toegankelijk kinddossier?"

Het EKD maakt een uitgebreide dataset mogelijk. Hierbij wordt de vraag gesteld of het wenselijk is dat iedere organisatie voor zich analyses uitvoert op deze dataset:

"Ik vraag me af of het nodig is dat verschillende organisaties die data analyseren. Of dat je het toch rond één punt concentreert, dat de epidemioloog van de GGD zich daarop concentreert. Een grote dataset van 30.000 leerlingen, zoals wij dat in Limburg hadden, die kan je wel aanbieden. Maar het is handiger als je daar op één punt een helder rapport van kan laten maken. En dat kun je op schoolniveau, gemeenteniveau en regioniveau uitdraaien..."

SchoolSlag uit haar zorgen over de gewijzigde financieringsstroom, hetgeen leidt tot verminderde aandacht voor preventie. De vernieuwde regeling houdt in dat het speciaal onderwijs moet inkrimpen en dat steeds meer leerlingen in het reguliere onderwijs moeten worden opgevangen:

"Omdat het reguliere onderwijs hiertoe onvoldoende in staat is, zuigen de leerlingen met grote problemen alle energie op en verdwijnt alle aandacht voor preventie. Mijn zorg is dat de preventiekant achter blijft en ondersneeuwt. Dat alles nu gaat om leerlingen die al risico's lopen en waar al problemen mee aan de hand zijn. De veranderende financieringsstroom leidt tot verminderde preventieaandacht".

Tot slot wordt aangegeven dat internet eveneens een ondersteunende rol zou kunnen spelen in het opvoedingsvraagstuk van ouders, op landelijk niveau. Een landelijke website die als vraagbaak kan dienen voor uiteenlopende zaken als huilbaby's, borstvoeding, schoolverzuim of hoe seksuele voorlichting te geven aan kinderen. Hierin zit een belangrijke kwaliteitsstem voor de JGZ. Hierbij is het mogelijk om een koppeling te maken naar het eigen consultatiebureau of de eigen schoolarts:

"Als ik kijk op internet, dan zijn er behoorlijk wat nanny's en alternatieve nanny's die opvoedingsvragen beantwoorden. Daarin kan de kwaliteitsstem van de JGZ een belangrijke zijn. Dat er een heldere website is waar ouders met hun vragen terecht kunnen over de huilbaby tot borstvoeding, de protesterende peuter of het schoolkind. En hoe ga je om met schoolverzuim of hoe ga je om met je dochter die voor het eerst naar bed wil met een vriendje, of een vriendje heeft, maar je weet niet of ze naar bed gaan. Dat soort vragen. Als JGZ heb je daar een kwaliteitsstem, met jeugdartsen en jeugddeskundigen, en dat mag je gerust behouden en aansterken..."

3.2.3 Interview Gezonde School NIGZ

Financiering

Met betrekking tot financiering geeft het NIGZ aan de huidige financieringsstructuur als een belemmering te ervaren:

"Je hebt allerlei verschillende financieringsstromen. Je hebt de JGZ die lokaal wordt betaald en je hebt de WCPV waaruit dingen worden betaald. En je hebt landelijk allerlei dingen. Wat we eigenlijk met elkaar zouden moeten afspreken is dat er structurele financiering komt voor gezondheid op school met meerjarig onderzoek naar gezondheid op school. Waarbij met elkaar is afgesproken: dit zijn de prioriteiten, zo gaan we het de komende jaren doen. En niet zoals nu gebeurt: er is een nieuw preventieprogramma en jan en alleman mag zich daarop inschrijven. Dat stuurt helemaal niet. Daar kun je meer sturen en vormgeven".

Samenwerking tussen JGZ-organisaties

Het NIGZ geeft aan dat samenwerking binnen de regio tussen JGZ-organisaties over het algemeen heel beperkt is. Er worden wel initiatieven genomen om samenwerkingsverbanden op te zetten (zie SchoolSlag), maar vormen daarmee nog wel steeds een uitzondering.

Op landelijk niveau ervaart het NIGZ verkokering tussen onderwijs en gezondheidszorg:

"Er is een enorme verkokering tussen de onderwijssector en de gezondheidssector. Wij kunnen bijvoorbeeld nog steeds niet met een goed verhaal bij het ministerie van onderwijs binnenkomen. Die schuift alles door naar volksgezondheid. Waar ik denk: onderwijs moet gewoon verantwoordelijkheid nemen en hier ook echt werk van gaan maken. Maar dat zijn allemaal langdurige processen..."

Effectiviteit

Evenals bij SchoolSlag is het op dit moment te vroeg om de Gezonde School methode te evalueren. Er wordt aangegeven dat scholen op dit moment nog bezig zijn om behoeften en prioriteiten in kaart te brengen en plannen te maken. In de toekomst is het de bedoeling dat iedere activiteit geëvalueerd gaat worden. Er wordt aan gedacht om een zelfevaluatiemethode daarvoor op te zetten; scholen kunnen dan zelf de effectiviteit van hun activiteiten monitoren. Hiervoor is overigens een vervolgaanvraag ingediend.

Toekomstvisie

De grootste uitdaging voor de toekomst is volgens het NIGZ het leggen van een goede verbinding met de onderwijssector:

"De grote uitdaging is dat we echt de verbinding met de onderwijssector kunnen maken als gezondheidspartij... De taal die we spreken en het circuit waar we in verkeren, dat is toch een heel andere groep dan het feitelijke onderwijscircuit zelf. De GGD zit daar ook lokaal eigenlijk niet in. GGD heeft wel contacten met scholen, maar zit nauwelijks in het onderwijsondersteunende circuit. Dus dat is een slag die gemaakt moet worden..."

"De verkokering tussen de onderwijssector en de gezondheidssector is enorm van belang. Dat maakt het er allemaal niet makkelijker op..."

In de tweede plaats moeten gemeenten enthousiast gemaakt worden over de Gezonde School methode:

"We zijn onder andere bezig om een brochure te maken voor gemeentes en hebben al een aantal ervaringen met gemeentes. Die gemeentes zien dat je op basis van de Gezonde School methode ook lokaal beleid kan maken. Dus dat het echt lokaal beleid gaat worden. Dat zou een enorme versterking zijn..."

Naast het enthousiasmeren van gemeenten ziet het NIGZ het enthousiasmeren van scholen over gezondheidsbevordering eveneens als toekomstige taak:

"Ik denk dat het enthousiasme van scholen over gezondheid ook zal toenemen de komende jaren. Dat ze ook gaan inzien dat ze er ook een taak in hebben. Op dit moment doen scholen er veelal verplicht aan mee, als zijnde een traditioneel iets. Maar het feit dat je als een systeem of als een organisatie die gezondheid ook kan 'produceren'... Daar is het Gezonde School model wel voor ontwikkeld. En als je ziet dat het gewoon iets is waar je makkelijk een bijdrage aan kunt leveren, dan is dat voor scholen ook aantrekkelijk om je op te profileren..."

Samenhangend met het voorgaande stelt het NIGZ dat het van belang is dat de effectiviteit en kwaliteit van aangeboden programma's vastgesteld is:

“Een school moet kunnen beschikken over een effectief programma, waarvan de school weet dat als ze daarmee gaan werken dat tot een betere gezondheid van leerlingen leidt. Effectiviteit is ook een vraag waar de school zich in feite niet mee bezig hoeft te houden. Krijgen ze een product of een aanbod, dan moet dat kwalitatief in orde zijn. Daar kan je dan gewoon mee aan de slag...”

Voor de langere termijn is het streven om gezondheid een onderdeel te laten zijn van de kwaliteitskaart voor scholen die door de onderwijsinspectie wordt ontwikkeld:

“De onderwijsinspectie maakt de kwaliteitskaart voor scholen. Het streven is dat gezondheid daar op komt. Dus niet alleen maar leerprestaties en schooluitval, maar ook de mate waarin een school aandacht besteedt aan gezondheid. Als kwaliteitsaspect. Daar zijn we hard voor aan het lobbyen...”

3.3 Onderzoeksresultaten

3.3.1 Interview Erasmus MC Rotterdam

Samenwerking tussen JGZ-organisaties

Uit het onderzoek 'E-health4Uth' is gebleken dat door de koppeling van monitoring en preventie de samenwerking binnen de JGZ en met scholen en gemeenten wordt bevorderd:

“Als je monitoring koppelt aan preventie, in dat geval heb je samenwerking gecreëerd tussen de epidemioloog en de verpleegkundigen- en artsdiscipline. Maar je legt ook gelijk een sterkere link met de school: in ons geval namen we vragenlijsten op scholen af en konden we scholen feedback geven. Als je de resultaten bovendien ook aan de gemeente terugkoppelt, heb je daar ook samenwerking mee. Vanuit onze optiek zou je in ieder geval die vormen van samenwerking kunnen bevorderen...”

Kwaliteitszorg

Het Erasmus MC stelt dat kwaliteitsborging van monitoring en preventie de verantwoordelijkheid van de GGD is. Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor universiteiten en onderzoeksinstituten:

“Kwaliteitsborging is in onze optiek de verantwoordelijkheid van de lokale GGD. De GGD bepaalt: we gaan dit toepassen, daarvoor gebruiken we deze modules en als dit of dat gebeurt komt het kind bij deze arts terecht. Wat GGD'en willen is dat er modules zijn waarvan de effectiviteit vaststaat. Hierin zien we een belangrijke rol voor universiteiten en onderzoeksinstituten weggelegd, om de modules te ontwikkelen en te testen. En voor bijvoorbeeld het RIVM de rol om een overzicht te bieden van beschikbare modules. Niet iedere GGD kan zelf bekijken of een module valide is...”

Effectiviteit

Het onderzoek heeft laten zien dat het mogelijk is om vragenlijsten via internet af te nemen en advies-op-maat aan leerlingen te geven. Het Erasmus MC benadrukt echter dat op basis van het onderzoek de effectiviteit van advies-op-maat modules niet is vastgesteld:

“Wij hebben de simpelste advies-op-maat module onderzocht: kinderen meer fruit laten eten. Die effectiviteit is eenvoudig te onderzoeken. Maar je wilt ook effectiviteitsvragen beantwoorden als: welke informatie moet je een kind nu eigenlijk over zijn gezondheid geven, hoe diep gaan we daarbij, gaan we alle aspecten van gezondheid en gedrag benoemen of is dat te veel, moet je inzoomen op bepaalde onderdelen, hoeveel informatie is voor een kind te behappen. In ons onderzoek zijn deze elementen niet geëvalueerd en dat moet wel onderzocht worden...”

Toekomstvisie

Op basis van het onderzoek beveelt het Erasmus MC aan monitoring en preventie te koppelen, dit via internet te laten verlopen en dit eveneens te koppelen aan het EKD. Gegevens die een kind op internet invult worden op deze wijze meteen in het EKD opgenomen. Dit komt de effectiviteit van de JGZ ten goede:

“Traditioneel komt een kind binnen en ontstaat er een gesprek waarin de arts vragen afneemt. Maar een deel van die vragen is geschikt om via internet af te nemen. Die verkregen informatie moet gekoppeld worden aan het elektronisch kinddossier... Wij hebben dat onderzocht en kinderen en artsen accepteren dat ook. Aan de ene kant komt het kind beter voorbereid naar het consult. Normaal ga je naar het consult en dan denk je: nou, we zullen wel zien wat er gebeurt. Maar in dit experiment kregen de kinderen een overzicht en weten ze: dit kan ik gaan bespreken met mijn schoolarts. Omgekeerd kan de arts of verpleegkundige even kijken: oh, dit is er aan de hand. Daar wil ik graag op ingaan. Dus wat wij hopen te bereiken is meer interactie in het contact tussen kind en arts. Dat het effectiever verloopt...”

In antwoord op de vraag of interventies zich op het individu dan wel op het collectief moeten richten, stelt het Erasmus MC dat interventies zich op beide niveaus moeten richten:

“Wij zeggen niet alleen: integratie van monitoring en preventie, maar ook instrumenten zo ontwikkelen dat ze zowel op groepsniveau als op individueel niveau gebruikt kunnen worden. En daarbij gebruik maken van internet. Het gaat hierbij niet om internet per se, maar om welk instrument je via internet afneemt en hoe je het terugkoppelt...”

In de vormgeving van monitoring moet niet alleen gefocused worden op de landelijke monitor. Monitoring moet vanuit een brede blik worden vormgegeven:

“Wat de landelijke jeugdmonitor wil weten is maar een klein stukje van wat mogelijk is met een internetsysteem. Als je daarop teveel zou focussen dan zou je je eigenlijk alleen maar richten op monitoring op collectief niveau. Je moet dit met een brede blik bekijken, vanuit de verschillende stakeholders die bepaalde dingen willen: individueel en collectief, landelijk en regionaal, en voor mensen van monitoring en van preventie. Landelijke afstemming is wel nodig om gegevensvergelijking mogelijk te maken...”

Het Erasmus MC stelt verder dat op twee punten de effectiviteitsvraag beantwoord moet worden; in de selectie van risicoleerlingen en in de ontwikkeling van advies-op-maat modules:

“Via welk instrument selecteer je een kind voor een bezoek aan de jeugdarts? Hoe weet je dat je niet kinderen mist die je wel had moeten zien? Of dat je kinderen uitnodigt die het helemaal niet nodig hebben? Welke kinderen zijn 'at risk'? Wat zijn goede selectiecriteria? ...”

"...we hebben een gezondheidsprofiel gemaakt, begrijpt een kind dat ook? Op welke manier kunnen we dat nou het beste uitleggen? Wat vertel je een kind naar aanleiding van het invullen van een vragenlijst? Wanneer het kind een verkeerde leefstijl heeft kun je niet zeggen 'jij ontwikkelt je verkeerd'. De feedback aan een kind moet goed geëvalueerd worden..."

3.3.2 Interview TNO Kwaliteit van Leven

Monitoring en preventie

TNO is betrokken bij de Monitor Jeugdgezondheid. In het kader van deze monitor bepleit TNO standaardisering van onderzoek naar JGZ om vergelijking van gegevens beter mogelijk te maken:

"De essentie is natuurlijk dat JGZ-organisaties los van elkaar gegevens verzamelen over de jeugdgezondheid. Daarvoor gebruiken ze vaak net van elkaar verschillende instrumenten. Zelfontwikkelde vragenlijsten waardoor je de zaken net niet met elkaar kan vergelijken. Probeer nu over alle relevante terreinen die er zijn, afstemming te ontwikkelen over een minimum set van indicatoren die je tenminste moet afnemen als je onderzoek gaat doen. Daarbij heeft het de voorkeur de indicatoren in overleg met de beroepsgroep, GGD'en en de koepels, te ontwikkelen. In opdracht van en in samenwerking met het RIVM ontwikkelt TNO deze indicatoren..."

In monitoring van de JGZ via internet biedt 'computer adaptive testing' de mogelijkheid om onderwerpen meer in de diepte te onderzoeken. Deze toepassing biedt met name mogelijkheden voor onderzoek naar de psychosociale ontwikkeling van een kind:

"Een interessante ontwikkeling is het onderzoek of er psycho-sociale problemen zijn bij een kind. Het nadeel van conventioneel onderzoek naar psycho-sociale problemen, is dat je hele uitgebreide vragenlijsten moet afnemen veelal op papier. Maar maak je gebruik van 'computer adaptive testing', dan kun je met echt veel minder vragen dezelfde betrouwbaarheid en validiteit krijgen als met die uitgebreide vragenlijst. De computer bepaalt dan aan de hand van antwoorden welke vervolgvragen gesteld moeten worden..."

Op het gebied van preventie kan internet eveneens worden ingezet om op interactieve wijze voorlichting te geven. Keuzehulp is hiervan een voorbeeld, waarbij ouders voor de eigen specifieke situatie voorlichting via internet krijgen over prenatale zorg. TNO ziet hierin ook een mogelijkheid voor de JGZ:

"Keuzehulp is een initiatief waarbij ouders voorlichting krijgen over bijvoorbeeld het Down-Syndroom. Daarbij zijn een aantal zaken relevant. Leeftijd van de moeder bijvoorbeeld: hoe ouder je bent, hoe groter de kans dat je een kind met het syndroom van Down krijgt. De consequenties van bepaalde stappen worden aangegeven en op zo'n manier weergegeven dat ouders een goede, geïnformeerde keuze kunnen maken. Nu doen we dat voor de prenatale zorg, maar dat zou je ook voor de jeugdgezondheidszorg kunnen ontwikkelen..."

Kwaliteitszorg

De kwaliteit van interventies kan worden gewaarborgd wanneer bij de ontwikkeling van een interventie wordt uitgegaan van een theoretisch kader:

"Als je een interventie ontwikkelt is het heel belangrijk dat je dat op een systematische wijze doet. Dat je vooraf vaststelt op welke terreinen je een gedragsverandering wilt bewerkstelligen. Met name

voor BRAVO-thema's, bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning is het belangrijk om vanuit een theoretisch kader gedragsverandering te proberen te bewerkstelligen..."

Effectiviteit

TNO geeft aan dat veel landelijke campagnes in ieder geval eenmalig door TNO worden onderzocht op effectiviteit:

"Stel je voor dat het NIGZ een interventie ontwikkelt, zoals als 'Lang Leve de Liefde'. Dat is een interventie om kinderen voor te lichten op seksueel gebied en ze te stimuleren vaker condooms te gebruiken. Wat TNO dan doet is die landelijke campagne één keer onderzoeken op effectiviteit. Dat doen we één keer. Als blijkt dat de interventie goed werkt wordt 'ie in de praktijk gebracht. Wat vervolgens in de praktijk gebeurt valt onder de verantwoordelijkheid van de GGD..."

Toekomstvisie

In de toekomst moet de JGZ vooral een signalerende functie vervullen, aldus TNO:

"Als je kijkt in termen van preventie, dan is de JGZ met name degene die moet signaleren. Daar komen alle signalen bij elkaar en kan op een gegeven moment worden besloten dat actie moet worden ondernomen. Wat ze dan weer niet persé zelf hoeven te doen. Misschien kan de JGZ hele eenvoudige interventies zelf uitvoeren, maar uiteindelijk moeten de signalen leiden naar partijen die diagnostiek doen, zoals Bureau Jeugdzorg, of eventueel direct naar opvoedingsondersteuning en dat soort zaken..."

TNO voorziet een belangrijke rol voor het EKD. Naast een ondersteunende rol in monitoring biedt het EKD eveneens de mogelijkheid tot kwaliteitsborging in de jeugdgezondheidszorg:

"Het EKD kan een ondersteunende rol bieden in monitoring. Je zou kunnen inbouwen dat wanneer een kind op een aantal indicatoren afwijkend scoort, er een waarschuwing gaat naar de betreffende arts. Daarnaast kan het EKD onderlinge kwaliteitsspiegeling verhogen. Je kunt artsen onderling vergelijken: hoe komt het dat de één tien keer zoveel verwijzingen heeft op een bepaald terrein dan de ander..."

Internet in de JGZ moet vooral een interactieve rol vervullen:

"Internet kan veel meer bieden dan een ondersteunende, registrerende rol. Het kan interactief, dat is juist het aardige. Het kan interactief werken mogelijk maken. Zo kun je voorlichting op maat toepassen in de JGZ; dat er in de advisering rekening wordt gehouden met de omstandigheden van het kind en van het gezin. Dat je voorlichting krijgt dat is toegesneden op het kind..."

3.4 Kansen en bedreigingen

Op basis van de ervaringen die uit de interviews naar voren komen kunnen een aantal kansen en bedreigingen aangemerkt worden voor internetondersteuning in de JGZ.

Allereerst kan geconcludeerd worden dat veel spelers in het veld potentie zien in internetondersteuning in de JGZ. Er worden vooral mogelijkheden gezien in een *interactieve* rol van internet: JGZ-organisaties zien vooral potentie in advies-op-maat modules, individuele voorlichting die op de persoon is toegesneden. 'Computer

adaptive testing' maakt het bovendien mogelijk om dieper door te vragen: aan de hand van de antwoorden van het kind wordt door de computer bepaald welke vervolgvragen worden gesteld. Voorlichting kan hierdoor beter op de persoon worden toegesneden.

In de tweede plaats voorziet men een belangrijke rol voor internet in de registratie en ontsluiting van gezondheidsgegevens. Uit de interviews blijkt dat men positief gestemd is over het Elektronisch Kinddossier en de (Jeugd)monitor. Deze internettoepassingen maken het mogelijk om op gestandaardiseerde wijze, op zowel individueel als collectief niveau, gegevens te verzamelen en vervolgens te ontsluiten naar de verschillende JGZ-organisaties. Ervaringen met het Elektronisch Kinddossier en de (Jeugd)monitor zijn tot nu toe positief. De verwachting wordt uitgesproken dat deze internettoepassingen een stimulans vormen voor verbeterde samenwerking en verhoogde effectiviteit van zorgverlening in de JGZ.

Naast bovengenoemde kansen worden in de interviews eveneens zaken genoemd waaraan aandacht moet worden geschonken.

Een belangrijk aandachtspunt vormt de effectiviteitsvraag van interventies. Voor een goede zorgverlening in de JGZ is het van belang dat de effectiviteit van interventies vastgesteld wordt. Tot op heden zijn nauwelijks effectevaluaties voor interventies uitgevoerd. Bij veel projecten wordt er stilzwijgend vanuit gegaan dat interventies in ieder geval ten goede komen aan een probleem en veranderingen in de gezondheidstoestand van jeugd toegeschreven kunnen worden aan de interventie.

Daarnaast wordt de huidige financieringsstructuur als een belemmering ervaren. De verschillende financieringsstromen staan een goede samenwerking en innovatie in de jeugdgezondheidszorg in de weg. Bovendien wordt ervaren dat de huidige financieringsstructuur de nadruk vooral op monitoring legt, waardoor er verminderde aandacht voor preventie is.

Een derde belangrijk aandachtspunt is de samenwerking tussen JGZ-organisaties. Het blijkt dat organisaties in samenwerking geen afstemming zoeken in elkaars taal, cultuur en expertise. Iedere organisatie opereert min of meer vanaf een eigen 'eiland'. Daarnaast wordt verkokering ervaren tussen de onderwijssector en de gezondheidssector. Het is van belang om in de toekomst een verbinding tussen deze twee te leggen.

4. Advies

4.4.1 Aandachtspunten

Op basis van de twee deelstudies, de desk research en de telefonische interviews, kunnen de volgende conclusies worden geformuleerd:

Beleid:

- Op het niveau van beleid ontbreekt een integrale visie over de inzet van internet in de JGZ. In beleid wordt gestuurd op resultaten en niet op middelen. Initiatieven als het Elektronisch Kinddossier en de Jeugdmonitor worden wel gestimuleerd, maar een visie op de rol die internet zou moeten vervullen in de JGZ ontbreekt. Vooralsnog wordt internet louter als een middel voor archivering en stroomlijning van informatie gezien en niet als een interventie om kennis (e-learning) en gedrag te beïnvloeden.

Praktijk:

- In de praktijk speelt internet in de JGZ tot op heden een weinig interactieve rol. Internet wordt vooral ingezet om gezondheidsgegevens te registreren en te archiveren. Advies-op-maat modules worden nauwelijks toegepast.
- In de praktijk ontbreekt structurele samenwerking tussen JGZ-organisaties rondom jeugd van 0-19 jaar. Samenwerking vindt plaats in projecten, waarbij organisaties veelal opereren vanaf een eigen 'eiland'. Verschillen in lokale en nationale financiering vormen eveneens een belemmering in de samenwerking.

Onderzoek:

- Op het niveau van onderzoek blijkt dat voor veel interventies de (kosten)effectiviteit niet is vastgesteld. Onduidelijk is wat het bereik van een interventie is, of de interventie leidt tot een daadwerkelijke kennis- en gedragsverandering onder de jeugd, en wat de effectiviteit van advies-op-maat modules is. Evaluatieonderzoek naar de rol van internet blijkt vooralsnog gericht te zijn op substitutie voor gegevensverzameling (internet of schriftelijke vragenlijsten) en op ontsluiting van gegevens.

4.4.2 Prioritering vervolgstappen

Op basis van bovenstaande conclusies is een advies geformuleerd. Voor de niveaus van beleid, praktijk en onderzoek is een prioritering van vervolgstappen gegeven. Het advies omvat een meersporenbeleid; de vervolgstappen die worden aanbevolen voor de verschillende niveaus staan niet op zichzelf, maar dienen complementair uitgevoerd te worden.

Beleid:

- Op het niveau van beleid is het aan te bevelen een integrale visie te ontwikkelen voor de inzet van internet in de JGZ. Een dergelijke visie reikt verder dan de registratie en informatie-uitwisseling en richt zich op de rol van internet bij vroegsignalering en op beïnvloeding van reeds gedetecteerde risicogroepen. Bepaald dient te worden hoe internet collectieve en individuele preventie kan ondersteunen. Een integrale aanpak vereist een duidelijk omschreven rol van de gezondheidsbevorderende instellingen, en van intermediaire organen zoals de GGD. Bovendien dient monitoring en preventie niet als gescheiden onderdelen van jeugdzorg beschouwd te worden. Voor

effectieve internetondersteuning in de JGZ is het van belang landelijk de rol van internet bij gezondheidsbevordering te stimuleren.

Praktijk:

- In de praktijk dient meer samenhang bewerkstelligd te worden tussen de overheid, JGZ-organisaties en onderwijs. Er dient structurele samenwerking te komen rondom de doelgroep van jeugd van 0-19 jaar. De nadruk moet worden gelegd op het slaan van bruggen tussen onderwijs, overheid en gezondheidszorg. Dit hangt bovendien sterk samen met het beleidsniveau, waarop deze samenwerking landelijk gefaciliteerd moet worden. Interventies dienen gericht te zijn op individuele en collectieve zorg (communityprojecten). Bij de bepaling van prioriteiten dienen leerlingen, ouders en leerkrachten betrokken te worden. Voor de effectiviteit van interventies is een stevige koppeling van belang tussen een zorgteam (jeugdzorgverleners) en schoolteam.
- Naast de huidige registratie- en archiveringsfunctie van internet heeft het de voorkeur internet een meer interactieve rol toe te kennen. De mogelijkheid tot directe interactie en personalisering via "user-adaptive systemen" zijn een pluspunt van internet. Kansen liggen in het optimaal gebruiken van de mogelijkheden die internet biedt voor e-learning en online assistentie, waarbij vooral de "menselijke maat" als uitgangspunt dient voor de interventies.

Onderzoek:

- Op het niveau van onderzoek is het van belang om de (kosten)effectiviteit van interventies vast te stellen. Hierbij dient de doelgroep van de interventie, het kind, centraal te staan. Doordat reeds een grote hoeveelheid interventies is ontwikkeld, is het van belang inzicht te krijgen in de huidige mogelijkheden. Evaluaties dienen kwalitatief en kwantitatief gericht te zijn om de effecten van interventies en internet op kennis- en gedragsverandering en -behoud te meten, waarbij voldoende aandacht is voor psychosociale en emotionele aspecten en leefstijlgewoonten. Onderzoek dient tevens gericht te zijn op de evaluatie van de samenwerking tussen doelgroep (kind en sociale omgeving) en zorg/hulpverleners. Dit vereist een aanscherping van de huidige theorieën over gedragsbeïnvloeding. Nodig is een kader voor evaluatie van gedragsbeïnvloeding via technologie, dat gericht is op de gebruikersvriendelijkheid van de technologie en op de servicegerichtheid ervan in diverse contexten (individueel, collectief).
- Naast effectiviteitonderzoek verdient datamining aanbeveling. De uitgebreide hoeveelheid monitoringgegevens vormt een uitgelezen mogelijkheid om onderzoek te verrichten naar trends in jeugdgezondheid. Adaptive computerprogramma's zijn gewenst voor effectieve monitoring.

Referenties

- [1] Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R., & Wagner, E.H. (2005). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*, vol. 13, pp. 299-305.
- [2] Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, M.D. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the Medical American Medical Association*, vol.288, no.14, pp. 1775-1779.
- [3] Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, M.D. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model part 2. *Journal of the Medical American Medical Association*, vol.288, no. 15, pp. 1909-1914.
- [4] Ross - Van Dorp, C. (2006). *Stand van zaken Elektronisch Kinddossier in de Jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jarigen*. Brief aan de Tweede Kamer.
- [5] Leeuwen, M. van (2005). *Kansen voor de JGZ in het lokaal jeugdbeleid*. GGD Nederland.
- [6] Ross - Van Dorp, C. (2005). *Elektronisch Kinddossier en Verwijsindex*. Brief aan de Tweede Kamer.
- [7] Ross - Van Dorp, C. (2006). *Elektronisch Kinddossier in de Jeugdgezondheidszorg*. Brief aan de Tweede Kamer.
- [8] Operatie Jong (2004). *Twaalf thema's van Operatie Jong*. Retrieved May 11, 2006, from <http://www.operatie-jong.nl>
- [9] Ministeries van BZK, Justitie, OCenW, SZW en VWS. (2003). *Proeve van de Jeugdagenda*.
- [10] Zeijl, E., Keuzenkamp, S., & Beker, M. (2003). *Voorstel voor de toekomstige ontwikkeling van de landelijke jeugdmonitor*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- [11] GGD Nederland, Z-org, RIVM & TNO Kwaliteit van Leven. (2006). *Lokale en Nationale Monitor Gezondheid*. [Brochure]
- [12] Lokale en Nationale Monitor Gezondheid (n.d.). *Wat is de Lokale en Nationale Monitor Jeugdgezondheid?* Retrieved July 12, 2006, from www.monitorgezondheid.nl/LNMJ.xml
- [13] Gezonde School (n.d.). *Wat is de gezonde school?* Retrieved Juli 20, 2006, from <http://www.gezondeschool.nl/index.cfm?act=tekst.pagina&id=55&level=1&parent=0>
- [14] Leurs, M. T. W., & Vries, N. K. de (2005). Samen Planmatig aan de slag met preventie. *Zorgbreed*, 8(2), 32-40.
- [15] Leurs, M. T. W., Mur-Veeman, I. M., Schaalma, H. P., Feron, F. J. M. & Vries, N. K. de (2005). Integrale ketenzorg biedt mogelijkheden om de zorgkracht in het onderwijs te versterken. *JGZ*, 4, 77-82.
- [16] Leurs, M.T.W., Schaalma, H.P., Jansen, M.W.J., Mur-Veeman. I.M., St. Leger, L.H., & De Vries, N. (2005). Development of a collaborative model to improve school health promotion in the Netherlands. *Health Promotion Netherlands*, vol. 20, pp. 296-305.
- [17] Nooijer, J. de, Veling, M., Vries, J. de, & Vries, N. de (2006). *Elektronische Monitor en Voorlichting E-MOVO*. GGD-rivierenland.
- [18] Soeterboek, S., & Mureau, J. (2004). *Resultaten van het E-MOVO onderzoek naar gezondheid, welzijn en leefstijl onder leerlingen van de tweede en vierde klas*. GGD Rivierenland
- [19] Berkel, A. van, & Veelen-Dieleman, N. van (2003). *Rotterdamse Jeugdmonitor Groep 6 2000-2001*. GGD Rotterdam en omstreken.
- [20] Berkel, A. van, & Veelen-Dieleman, N. van (2003). *Rotterdamse Jeugdmonitor Kleuter 2000-2001*. GGD Rotterdam en omstreken.
- [21] Looij-Jansen, P. M. van de (2003). *Rotterdamse Jeugdmonitor Derde Klassers Voortgezet Onderwijs 2000-2002*. GGD Rotterdam en omstreken.
- [22] Mangunkusumo, R. T. (2006). E-Health4Uth, *Integrating Monitoring and prevention in Youth Health Care*. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum.

Bijlage 1. Opdrachtschrijving ZonMW

Universiteit Twente
Faculteit der Gedragwetenschappen
Communicatiewetenschappen
Prof. dr. E.R. Seydel
Postbus 217
7500 AE ENSCHEDE

Laan van Nieuw Oost Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
T 070 349 5111
F 070 349 5100
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

dossiernummer 6010095410
ons kenmerk 2006/07096/ZONMW/mh
datum 29 maart 2006
pagina 39 van 2

contactpersoon
Julia Van Os
T 070 349 5219
F 070 349 5391
os@zonmw.nl

onderwerp honorering subsidieaanvraag, projectnummer 6010095410

Geachte heer Seydel,

Met genoegen deel ik u mee dat ZonMw uw subsidieaanvraag *Effectief gebruik van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg* heeft gehonoreerd. Dit besluit is gebaseerd op het advies van de programmacommissie Preventie.

De programmacommissie Preventie heeft uw voorstel positief beoordeeld. De kwaliteit is beoordeeld als voldoende en het project is als relevant beoordeeld voor invulling van de opdracht.

Bij de uitvoering van de studie dient u rekening te houden met de volgende aspecten:

- Voor de duidelijkheid benadrukken wij dat het bij de studie Internetondersteuning in de JGZ ook gaat om de monitortoek van de JGZ; met andere woorden het opsporen en detecteren van problemen en het monitoren van veranderingen in de tijd zoals met de Jeugdmonitor wordt gedaan. Wij gaan er vanuit dat uw advies over vervolgstappen ook handelt over deze monitortoek van de JGZ.
- In het licht van voorgaande raden wij u aan ook samenwerking te zoeken met het RIVM en TNO Kwaliteit van Leven.
- Met het oog op een bruikbaar advies over de te nemen vervolgstappen bevelen wij aan de wensen en verlangens in het veld te inventariseren om op deze wijze het draagvlak in de praktijk vast te kunnen stellen. Hiermee kan antwoord worden gegeven op de vragen: In hoeverre is er reeds samenwerking tussen de schoolgezondheidsdiensten en het onderwijs? Wat zijn de ondervonden hindernissen?
- Aangezien er enige discussie bestaat over het gekozen theoretische kader, adviseren wij andere kaders die u tijdens uw research tegenkomt, niet bij voorbaat uit te sluiten.

De financiële bijdrage van ZonMw voor uw project bedraagt in totaal maximaal €23.660,- voor de duur van maximaal 3 maanden. Dit bedrag is inclusief eventueel verschuldigde BTW.

Aan de financiering zijn voorwaarden verbonden. Hiervoor verwijs ik u naar de bijgevoegde *Subsidievoorwaarden ZonMw, 1 juli 2004*. Het is belangrijk dat u ZonMw **binnen vier weken** schriftelijk laat weten:

- of u instemt met de voorwaarden die van toepassing zijn op de toekenning van de financiële bijdrage;
- wat de startdatum van uw project is;
- de bank- en referentiegegevens die van toepassing zijn bij de betalingen van de subsidie.

Pas na uw instemming met de voorwaarden én na de daadwerkelijke start van uw project zal ZonMw het voorschot voor het eerste projectjaar verstrekken. Over de hoogte van het bedrag en de betaaltermijnen zullen wij u nader informeren.

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen, neemt u dan gerust contact op met Julia van Os, programmasecretaris Preventie, telefoon 070-3495219. Ik verzoek u vriendelijk in uw communicatie met ZonMw steeds het projectnummer 6010.0954.10 te vermelden.

Ik wens u veel succes bij de uitvoering van uw project.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur,

Henk J. Smid
directeur

Bijlage: Subsidievoorwaarden

Wilt u uw mening geven, klagen of bezwaar maken?

1. U kunt (liefst schriftelijk) uw mening geven. ZonMw vat dit op als een signaal en behandelt uw opmerkingen zorgvuldig en serieus.
2. U kunt schriftelijk een klacht indienen. ZonMw heeft een speciale klachtenprocedure. De directie van ZonMw behandelt iedere schriftelijk ingediende klacht.
3. U kunt bezwaar maken tegen een beschikking. Stuur u dan binnen zes weken na de dag waarop het besluit bekend is gemaakt een bezwaarschrift aan [de Commissie beroep- en bezwaarschriften ZonMw, p/a Postbus 93 138, 2509 AC Den Haag](#).

ZonMw adviseert u de folder Signaleren, klagen en bezwaar maken te lezen (www.zonmw.nl). Deze kunt u gratis opvragen via ons algemeen telefoonnummer (070) 349 51 11 of per e-mail: info@zonmw.nl.

Het is raadzaam eerst contact op te nemen met de programmamedewerker van ZonMw (de contactpersoon). Niet altijd hoeft u voor het 'zware' middel van het bezwaarschrift te kiezen. In de praktijk blijken problemen en ontevredenheid rond de ZonMw-procedure vaak naar tevredenheid opgelost te worden na (telefonisch) contact met de programmamedewerker.

Bijlage 2. Onderzoeksvoorstel

Julia van Os

> Programmasecretaris Gezond Leven

>

> ZonMw

> Laan van Nieuw Oost Indië 334

> Postbus 93245

> 2509 AE Den Haag

> tel. 070 349 5219

> fax. 070 349 5391

> www.zonmw.nl

Onderwerp: Subsidieaanvraag Internetondersteuning in de JGZ

>

Datum 9 februari 2006

Geachte mevrouw Van Os,

In reactie op uw verzoek om toelichting op het ingediende onderzoeksvorstel (dinsdag 24 januari 2006) aangaande internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg, stuur ik u bij deze een uitleg van de door u bevroegde punten.

Concretisering van doelstelling in onderzoeksvragen

De doelstelling van het onderzoek, bevordering van een effectief gebruik van internet in de jeugdgezondheidszorg, is vertaald in drie onderzoeksvragen. Deze vragen zijn opgenomen in de samenvatting en in het onderdeel Doelstelling van de projectaanvraag.

Toelichting analyseschema

Het analyseschema dient ter illustratie van de aanpak van de kennisinventarisatie. De analysevragen zijn richtinggevend en moeten niet als volledig dekkend worden beschouwd. De vragen zijn ontleend aan elementen van het ICCC-model, welke tussen haakjes bij de vragen in het schema zijn vermeld. De genoemde resultaten in het schema vormen een eerste aanzet. De voorlopige resultaten zijn gebaseerd op een beknopte analyse van enkele documenten van SchoolSlag, E-Movo, Ministerie van VWS en ZonMW. Deze documenten zijn gesteld als voorwaarden voor de kennisinventarisatie in de verstrekte opdracht (7 december 2005).

Reikwijdte literatuur

Voor de kennisinventarisatie wordt gebruik gemaakt van recente nationale literatuur over internetondersteuning in de jeugd- en schoolgezondheidszorg. Dit betreft beleidsdocumenten, projectrapporten en wetenschappelijke literatuur. Voor de kennissynthese wordt gebruik gemaakt van internationale onderzoeksliteratuur op het terrein van e-health in de (jeugd) gezondheidszorg, gericht op ketenzorg (diseasemanagement).

Betrokken partijen

De partijen die betrokken zijn in de kennisinventarisatie en -synthese zijn gezondheidsbevorderende instellingen (GGD, JGZ, NIGZ), overheid (VWS, RvZ, vertegenwoordigers van regionale, lokale overheid), de schoolarts, Erasmus MC, en schoolgemeenschappen (basis en voortgezet). De partijen worden betrokken in de samenstelling van een focusgroep, ter validering van de bevindingen van de kennisinventarisatie. Ze worden in de analyse (kennisinventarisatie) betrokken op grond van door hun positie in beleid (taken en verantwoordelijkheden) en door hen ondernomen interventies (belangen).

Voorwaarden

In de aanvraag zijn de genoemde voorwaarden (opdrachtingschrijving) onderdeel van de analyse (kennisinventarisatie, -synthese) gericht op beleid, praktijk en onderzoek. In het plan van aanpak

hebben we aangegeven hoe we kennis en ervaring van lopende en afgeronde projecten gebruiken voor de kennisinventarisatie en kennisbundeling. De verbinding tussen elektronisch kinddossier en informatiebank Jeugdgezondheidszorg en Jeugdmonitor leggen we door na te gaan hoe deze internetsystemen de samenwerking tussen de betrokken partijen faciliteren en het proces van zorgverlening bevorderen op individueel en collectief niveau.

De beantwoording van de gestelde vragen is verwerkt in de aanvraag en bijlage (analyseschema). We hopen met de beantwoording van de vragen de commissie Gezond Leven voldoende geïnformeerd te hebben voor een beoordeling van onze aanvraag.

Met vriendelijke groeten,

Drs M. Heikamp
Dr. J van Gemert-Pijnen
Prof Dr E. Seydel

Onderzoeksvoorstel ZonMW

Samenvatting

In opdracht van ZonMW is een voorstel geschreven voor een kennisinventarisatie en –synthese op het gebied van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. Verschillende zorgverlenende instellingen zijn tot de conclusie gekomen dat samenhang en afstemming aangebracht moet worden op het terrein van jeugdgezondheidszorg. Doel van de studie is het geven van een prioritering van thema's voor interventies en vervolgonderzoek.

Kader voor de studie is de 'Quality measurement theory', waarop het 'Innovative Care for Chronic Conditions Model' gebaseerd is. Dit model heeft met succes toepassing gevonden bij kwaliteitsverbeteringen in de gezondheidszorg waar sprake is van multidisciplinaire teams en instellingen die gezamenlijk zorg dragen voor de zorgvrager. Het model voorziet in coördinatie en afstemming. Het ICCC-model is gericht op integrale gezondheidszorg: zorgverlening over het hele zorgcontinuüm heen. Het richt zich op preventie, zelfmanagement, (na)zorg en behandeling. Hierdoor biedt het model een raamwerk van waaruit multifocale interventies ontwikkeld kunnen worden.

In de studie staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

Op beleidsniveau:

1. *Stimuleert of hindert de huidige wetgeving (nationaal, regionaal, lokaal) de samenwerking tussen de gezondheidsbevorderende instellingen, overheden en scholen en de internetondersteuning ten behoeve van de voornoemde samenwerking en de gezondheidsbevordering van de schooljeugd?*

Op praktijkniveau:

2. *Stimuleren of hinderen de interventies (internetondersteuning en andere activiteiten) het proces van zorgverlening (diseasemanagement) en de samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden?*

Op onderzoeksniveau:

3. *Wordt (periodiek) onderzocht welke effecten de interventies (zie 2) hebben op de samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden en op de bevordering van de gezondheid van schooljeugd?*

Voor analyse van de huidige stand van zaken van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg is op basis van het ICCC-model een analyseschema ontwikkeld. Voor beleid, praktijk en onderzoek zijn analysevragen opgesteld aan de hand waarvan projectrapporten, beleidsstukken en wetenschappelijke literatuur worden geanalyseerd. De resultaten worden getoetst aan inzichten uit onderzoeksliteratuur om knelpunten en lacunes te benoemen en een prioritering aan te brengen voor verbetering. In een focusgroep (representatief voor de betrokken partijen) worden de resultaten gevalideerd. De studie resulteert in een advies ten aanzien van vervolgstappen voor beleid, praktijk en onderzoek.

Probleemstelling

Internetondersteuning in het onderwijs biedt kansen om de jeugdgezondheidszorg en de schoolgezondheidszorg met elkaar te verbinden, waarmee een substantiële bijdrage geleverd kan worden aan een doeltreffende en doelmatige zorg van de gezondheid van de jeugd.

ZonMw heeft een aantal projecten gesubsidieerd waarin is onderzocht of en hoe beter gebruik gemaakt kan worden van digitale informatievoorziening en communicatie over de gezondheid van leerlingen in het basis- en voortgezet onderwijs. Betrokken partijen in de jeugdgezondheidszorg hebben geconcludeerd dat er *“grote behoefte en bereidheid is om samenhang en afstemming aan te brengen op het terrein van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg”* (implementatiebijeenkomst, 9 juni 2005). Om tot samenhang en afstemming te komen is een kennisinventarisatie en –synthese van de stand van zaken van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg, scholen en overheden nodig.

In deze studie zal een aanzet gegeven worden voor de kennisinventarisatie en –synthese conform de opdrachtbrief internetondersteuning (verstrekkt aan Prof. dr E. Seydel, per mail 7 december 2005). Voor beleid, praktijk en onderzoek zal nagegaan worden welke interventies ondernomen zijn ten aanzien van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg op basis- en middelbare scholen en welke knelpunten zich voordoen in de effectiviteit van de jeugdgezondheidszorg. De studie resulteert in een prioritering van thema's voor vervolgstappen op het terrein van beleid, praktijk en onderzoek.

Relevantie

Op de implementatiebijeenkomst, door ZonMW georganiseerd op 9 juni, zijn verscheidene organisaties en instellingen op het gebied van jeugdgezondheidszorg tot de conclusie gekomen dat er behoefte is aan samenhang en afstemming in gezondheidsbeleid. De bijeenkomst heeft de haalbaarheid van internetondersteuning in het onderwijs aangetoond: verschillende systemen zijn ontwikkeld en getest en hebben een verbinding tussen monitoring, beleid en interventies mogelijk gemaakt (o.a. E-MOVO 2004). Voor verdere ontwikkeling is er geconcludeerd dat de verschillende internetsystemen op elkaar afgestemd dienen te worden. Beleid moet worden geïntegreerd en scholen en zorgverlenende instellingen moeten meer samenwerken. Afstemming is nodig voor effectievere jeugdgezondheidszorg op scholen, zowel voor de individuele leerling als voor de gehele schoolpopulatie.

Afstemming in gezondheidszorg kan worden bereikt door de gezondheidszorg te benaderen vanuit het 'Innovative Care for Chronic Conditions Model' [1]. Dit model blijkt in de praktijk succesvol daar waar sprake is van multidisciplinaire teams en instellingen die gezamenlijk zorg dragen voor de zorgvrager. Het model voorziet in coördinatie en afstemming [1,4]. Het vormt dan ook het theoretisch kader van deze studie. Het model richt zich op integrale zorgverlening, over het hele zorgcontinuüm heen: preventie, diagnose, (na)zorg en behandeling. Door samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen kan tailormade zorgadvies verstrekt worden aan de doelgroep van de zorg (schoolkinderen). Hierdoor kunnen gezondheidsproblemen voorkomen worden.

In het model worden de zorgvrager en diens sociale omgeving centraal gesteld: door de zorgvrager (scholier) en de directe omgeving (familie, school) te informeren en te ondersteunen kan effectieve gezondheidszorg tot stand worden gebracht. Daarnaast is samenwerking nodig tussen zorgverlenende organisaties onderling en de gemeenschap. Uitgangspunt van het ICCC-model is dat samenwerking tussen actieve, goed geïnformeerde zorgvragers en goed voorbereide zorgverlenende teams een garantie is voor effectieve en efficiënte gezondheidszorg.

Doelstelling

Doel van deze studie is te onderzoeken hoe internetondersteuning de jeugdgezondheidszorg en schoolgezondheidszorg beter op elkaar kan afstemmen. Door advies te geven over vervolgstappen op het gebied van beleid, praktijk en onderzoek kan samenhang en afstemming worden aangebracht in de jeugdgezondheidszorg en schoolgezondheidszorg. Om tot een advies te komen is een kennisinventarisatie en –synthese van belang aan de hand van onderstaande onderzoeksvragen.

Op beleidsniveau:

- *Stimuleert of hindert de huidige wetgeving (nationaal, regionaal, lokaal) de samenwerking tussen de gezondheidsbevorderende instellingen, overheden en scholen en de internetondersteuning ten behoeve van de voornoemde samenwerking en de gezondheidsbevordering van de schooljeugd?*

Op praktijkniveau:

- *Stimuleren of hinderen de interventies (internetondersteuning en andere activiteiten) het proces van zorgverlening (diseasemanagement) en de samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden?*

Op onderzoeksniveau:

- *Wordt (periodiek) onderzocht welke effecten de interventies hebben op de samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen, scholen en overheden en op de bevordering van de gezondheid van schooljeugd?*

In deze studie wordt de stand van zaken van internetondersteuning in het onderwijs geanalyseerd aan de hand van projectrapporten, beleidsstukken en wetenschappelijke literatuur conform de opdrachtbrief internetondersteuning. Op basis van geanalyseerde hiaten, literatuuronderzoek en een representatieve focusgroep (betrokken partijen) wordt een prioritering van thema's gegeven voor vervolgstappen (beleid, praktijk, onderzoek).

Plan van aanpak

Leidend theoretisch kader

Kader voor de studie is de Quality measurement theory [9], waarop het 'Innovative Care for Chronic Conditions Model' (ICCC, bijlage 1) gebaseerd is [1]. Het ICCC-model is voor de WHO ontwikkeld en is oorspronkelijk gebruikt voor de evaluatie van samenwerkingsverbanden bij de behandeling van chronische ziekten. Later vond het met succes toepassing bij andere gezondheidsthema's [7, 8].

Wij hanteren dit model in ons onderzoek en consultancyprojecten, o.a. bij onderzoek naar het gebruik van internet en elektronische-consultatie in de gezondheidszorg [3] bij onderzoek naar de implementatie van een helpdesk voor geïntegreerde benadering van infectieproblematiek [10], bij de evaluatie van de kwaliteit van communicatie in geïntegreerde zorgprocessen (zie expertise), en bij ons werk ten behoeve van de Verenigde Naties Succesvolle kwaliteitsverbeteringen in de gezondheidszorg komen overeen met de concepten en componenten van het ICCC-model. In deze studie willen wij dit model als kader hanteren voor het thema 'Internetondersteuning ten behoeve van de jeugd- en schoolgezondheidszorg'. De focus op integrale zorgverlening, over het hele zorgcontinuüm heen, maakt het model voor dit onderzoek uitermate bruikbaar.

Voor kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg, zowel gezien vanuit het perspectief van de leden van de doelgroep (scholier) als vanuit het perspectief van de zorgprofessional, zijn vooral de componenten zelfmanagement, informatiesystemen (digitale informatiesystemen en internet-gebaseerde programma's) en goed voorbereide zorgverlenende teams en instellingen kritische factoren.

Voor effectief zelfmanagement op de lange termijn is continue samenwerking tussen gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's), scholen en overheden (lokaal, regionaal, nationaal) van belang. Voor coördinatie van informatie-uitwisseling is een netwerk van zorg- en hulpverleners van belang waarbij de taken en rollen duidelijk benoemd zijn en waarbij rekening gehouden wordt met factoren die van invloed zijn op het succes van multidisciplinaire teams (5).

Voor effectieve interacties tussen zorgverlener en zorgvrager dienen digitale informatiesystemen en internet-gebaseerde programma's breder getrokken te worden dan alleen acute zorgverlening. Om beslissingen in de zorgverlening goed te kunnen ondersteunen is ontsluiting van gegevens nodig; zorgverleners moeten toegang hebben tot de expertise en ervaring van specialisten. Om advies en zorg op maat te kunnen leveren is een tailored informatiesysteem van belang, waarin data over het zorgverleningsproces van de zorgvrager is opgeslagen en toegankelijk is voor het zorgnetwerk. In het netwerk van zorgverleners, scholen, de scholier en diens familie is het van belang dat informatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners, scholen, scholier en familie coherent en op elkaar afgestemd is.

Het ICCC-model levert een kader voor de studie naar integrale gezondheidszorg: op het niveau van beleid stelt het randvoorwaarden voor de vertaling van wet- en regelgeving naar de praktijk. Op het niveau van de praktijk worden condities gesteld voor samenwerking en coördinatie in integrale zorgverlening: de zorgverlenende instellingen, de scholier en diens familie (sociale omgeving). In het ICCC-model wordt de nadruk gelegd op het belang van versterking van de sociale omgeving van de hulpvrager: voor

effectieve gezondheidszorg is het van belang dat familie en naasten eveneens goed geïnformeerd en ondersteund worden.

Afgestemde gezondheidszorg vereist beleid dat het zorgcontinuüm en de grenzen van organisaties overstijgt. Gezondheidszorg is het meest effectief wanneer het zich op zowel preventie als zelfmanagement en voorlichting richt (ketenzorg) [1, 4]. Daarnaast dient samengewerkt te worden met andere zorgverlenende organisaties en gezondheidsprogramma's vanuit de overheid. Het ICCC-model biedt een raamwerk waarin ketenzorg centraal staat: de meerwaarde wordt getoond van gezondheidsprogramma's die zich richten op het gehele zorgcontinuüm. Het biedt de mogelijkheid multifocale interventies te ontwikkelen.

Onderzoeksmethode

Om de huidige stand van zaken van internetondersteuning in de jeugdgezondheidszorg in kaart te brengen is een analyseschema ontwikkeld (zie bijlage 2), waarvan de dimensies zijn ontleend aan het ICCC-model.

De niveaus van het ICCC-model zijn in het schema vertaald naar beleid, praktijk en onderzoek. Per niveau zijn in de tweede kolom de analysevragen opgenomen, aan de hand waarvan projectrapporten, beleidsstukken en literatuur geanalyseerd zal worden. Opgemerkt moet worden dat de analysevragen in bijlage 2 richtinggevend zijn en niet pretenderen volledig dekkend te zijn. In de derde kolom worden de resultaten getoetst aan wetenschappelijke literatuur. Op deze wijze wordt inzicht verkregen in knelpunten en lacunes en kan een prioritering worden aangebracht. In bijlage 2 is een eerste aanzet gegeven van de resultaten op basis van een eerste, beknopte analyse van enkele rapporten.

Op beleidsniveau wordt de vormgeving van beleid geanalyseerd (wetten, regels en kwaliteitseisen) en de wijze van toetsing en controle van het beleid. Op het niveau van de praktijk wordt geïnventariseerd welke interventies op het gebied van internetondersteuning in de jeugd- en schoolgezondheidszorg zijn/worden ondernomen. Met betrekking tot onderzoek wordt bekeken in hoeverre er onderzoek is verricht naar de effectiviteit van interventies. Deze effectiviteit komt tot uiting in onder andere kosten-effectiviteit, verandering in kennis, gedrag en attitude bij scholieren en effecten op de korte en lange termijn.

Voor de kennisinventarisatie wordt gebruik gemaakt van recente, nationale literatuur over internetondersteuning in de jeugd- en schoolgezondheidszorg. Dit betreft projectrapporten (o.a. SchoolSlag, 2005; E-MOVO, 2004), beleidsstukken (o.a. Bestuursakkoord Nieuwe Stijl, 2002) en wetenschappelijke literatuur [1,2]. Ter toetsing van de resultaten wordt gebruik gemaakt van relevante buitenlandse onderzoeksliteratuur dat op het onderwerp van e-health aansluit (internet-based health programs). Een focusgroep (representatief voor betrokken partijen) valideert de bevindingen (prioritering).

De tijdsplanning van de studie ziet er als volgt uit: in de eerste maand wordt een literatuurstudie uitgevoerd in de vorm van een desk-research. Aan de hand van het analyseschema zullen projectrapporten, beleidsstukken en wetenschappelijke literatuur worden geanalyseerd. Gedurende de tweede maand zal op basis van de kennisinventarisatie inzicht worden verkregen in knelpunten en lacunes. Hieruit voortvloeiend wordt een prioritering gegeven van vervolgstappen voor interventies en onderzoek voor beleid, praktijk en onderzoek. In de derde maand zal aanvullende informatie worden verkregen door de resultaten voor te leggen aan een focusgroep. In deze focusgroep willen we de volgende instellingen betrekken: GGD, JGZ, Erasmus MC, NIGZ, VWS, Raad voor Volksgezondheid, vertegenwoordiging van gemeente/provincie, basis- en middelbare scholen en schoolarts/ -verpleegkundige.

De opdrachtschrijving zoals die door ZonMW is verstrekt (preventieprogramma 2), richt zich in hoofdzaak op beleid en zorgverlenende instellingen. Het ICCC-model laat echter zien, dat voor effectieve gezondheidszorg veel winst behaald kan worden door in de analyses ook de scholier en diens sociale omgeving in de analyse te betrekken. In de kennisinventarisatie willen wij hieraan dan ook aandacht besteden. Voorts wordt binnen

het zorgcontinuüm niet alleen aandacht besteed aan advies op maat door registratie, maar ook aan advies op maat door interactief zelfmanagement. (bijvoorbeeld Internet gebaseerde programma's tegen overgewicht) [6].

Een eerste, beknopte analyse van enkele projectrapporten (SchoolSlag 2004, E-Movo 2005) laat reeds een aantal knelpunten zien in het gezondheidszorgbeleid. Op het niveau van beleid blijkt gezondheidsbeleid ad hoc en versnipperd te zijn. Beleidsintegratie van zorgverleners, scholen en overheid lijkt onvoldoende. Verkokerde financiering speelt hierin mee. Ten aanzien van gezondheidsinterventies is de kosteneffectiviteit onduidelijk: de effectiviteit en doelmatigheid van educatie en voorlichting is nauwelijks bekend. Kosten-effectiviteit analyses (KEA's) vinden niet of nauwelijks plaats. In de derde plaats blijkt voornamelijk een patiëntgerichte, individuele benadering in de zorgverlening. Een systeemgerichte benadering is nog geen algemeen gedachtegoed. Uit onderzoek blijkt dat juist dit de punten zijn die effectieve coördinatie van zorgprocessen belemmeren [1, 4, 5].

Referenties

- [1] Bodenheimer, T., Wagner, E.H. & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness, JAMA, 16, vol. 288, pp.1909-1914.
- [2] Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R. & Wagner, E.H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. Quality and Safety in Health Care, vol.13, pp. 299-305.
- [3] Gemert-Pijnen van, J.E.W.C., Heikamp, M., Nijland, N. & Tempelman, M. (2005). Elektronische consultatie in de praktijk. Universiteit Twente. Publicatie vanaf 1 maart mogelijk, conform afspraken met het College voor Zorgverzekeringen.
- [4] Lawthers, A., Pransky, G., Peterson, L. & Himmelstein, J. (2003). Rethinking quality in the context of persons with disability. International Journal of Quality in Health Care, vol. 15, pp. 287-299.
- [5] Stille, et al. (2005). Coordinating Care across Diseases, Settings, and Clinicians: a Key role for the generalist in Practice. Aa Intern Med, vol.142, pp. 700-708.
- [6] Tsai, A.G. & Wadden, T.A. (2005). Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss program in the United States. Annual of Internal Medicine, vol. 142, pp. 56-66.
- [7] World Health Organization (2002) Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action, Global report, Non communicable Diseases and Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- [8] World Health Organization (2002) Executive Summary, Innovative Care for Chronic Conditions, Building Blocks for Action, Non communicable Diseases and Mental Health World Health Organization, Geneva: WHO Library Cataloging-in-Publication Data.
- [9] Institute of Medicine, Quality Chasm <http://www.iom.edu/?id=22349>. To Err is human. Building a safer health system, november 1999. Crossing The Quality Chasm: a new Health System for the 21st Century, 2001.
- [10] MRSA-net Twente-Münsterland: onderzoek naar de effectiviteit van MRSA-net Twente-Münsterland ten behoeve van de bestrijding van CA-MRSA. <http://www.mrsa-net.org/>, 2005.

Expertise

Prof.dr. E.R. Seydel

- Professor of Psychology and Communication Studies, i.c. safety and health issues, University of Twente
- Professor of Strategic and Organizational Communication, Free University of Amsterdam
- Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences (KNAW): member of the committee on Media and Communication Studies
- Chair of the department of Communication and Psychology of the Faculty of Behavioural Sciences of the University of Twente
- Project leader of the research group 'Safety and Health' of the Faculty of Behavioural Sciences of the University of Twente
- Member of the Board of the Institute for Behavioral Research
- Chair of the Advisory and Scientific Board of the Royal Society for Physical Therapy
- Member of the ZON/MW research committee 'Lifestyle and Health'.
- Member of the board of the Da Vinci Institute, centre for science communication of the Free University of Amsterdam
- Research consultant strategic communication of the United Nations-Staff-college System, Turin/New York
- Chair of the Dutch association for Scientific Research on (Mass-) media
- Member of the board of 'Stichting Toekomst der Techniek' for technological knowledge transfer and diffusion
- Member of the Royal State Committee on Future Developments in Governmental Communication (chair: former minister Jacques Wallage) (2000-2002)
- Chair of governmental committee on Media Technology and Media Landscape .(2000-2002)
- Member of the State Committee on Biotechnology and Food (chair: former minister Jan Terlouw) (2002-2003)
- Member of the Board of Directors and visiting professor of the PR Management Master's programme at the University of Lugano (Switzerland) (1996-2003).
- Member of the Scientific Board for Psychosocial Oncology(-2000)
- Chair of the Scientific Advisory Board for Patient Education of the Dutch Cancer Foundation (-2000).
- Member of the ZON/MW- and NWO-program committees on 'Patient Compliance' (-2004)
- The Dutch Cancer Foundation awarded Professor Erwin Seydel with a Special Grant for Excellent Research (1992-2001).
- Member of editorial boards of scientific journals

Dr. J. Van Gemert-Pijnen.

- Participeert in Universiteit Twente-breed onderzoek naar ICT in de zorg en in de werkgroepen van (I)nnovatie in Z(örg) door (I)CT in (T)wente
- Participeert in een Euregio samenwerkingsproject tussen de Universiteit van Munster, het Streeklaboratorium Twente ten behoeve van de implementatie van een webnet voor infectieprotocollen..

- Van Gemert-Pijnen heeft een gedeeltelijke aanstelling bij 't Roessingh (Research and Development) als adviseur bij een PhD project naar ontwerp en implementatie van een digitaal zorgdossier ten behoeve van integrated care (CP-patiënten)
- In 2005 heeft Van Gemert subsidie verkregen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voor onderzoek naar het gebruik van Internet en e-mail door huisartsen en patiënten. De resultaten zijn conform de afspraken met CVZ 1 maart 2006 beschikbaar voor publicatie.
- In 2005 heeft van Gemert subsidie (ESG) verkregen voor een promotieonderzoek naar de ontwikkeling van een webnet voor infectieprotocollen dat in Duitsland en Nederland geïmplementeerd wordt. Van Gemert is assistent promotor bij de uitvoering van dit onderzoek.
- Lid van de instituutsraad Institute of Behavioural Research
- Reviewer Health Communication division , International Communication Association.
- Lid Landelijk platform implementatieonderzoek

Drs. M.Heikamp

- Afgestudeerd in Toegepaste Communicatiewetenschap in 2005 (corporate communicatie)
- Junior-onderzoeker in het CVZ-project naar het gebruik van Internet en e-mail door huisartsen en patiënten.

Publicaties

- Norman, P., Boer, H. & Seydel, E.R. (2005). Protection motivation theory. In: M. Conner and P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press.
- Drossaert, C.H.C., Boer, H., & Seydel, E.R. (2005). Women's opinions about attending in breast cancer screening: stability of cognitive determinants during three rounds of screening. *British Journal of Health Psychology*. 10, 133-149.
- Christenhusz, L.C.A., Pieterse, M.E., Palen, J. van der, Seydel, E.R., Spiegel, P.I. van, Smeenk, F.J.W.M., & Valk, P.D.L.P.M. van der (2004). Smoking cessation for COPD patients: preliminary results of the SMOKE study. *European respiratory journal* 24 (48), 250s-(1651).
- Christenhusz, L.C.A. M.E. Pieterse, J. van der Palen, E.R. Seydel, P.I. van Spiegel, P.D.L.P.M. van der Valk, F.J.W.M. Smeenk. Effectiveness of a multi-component intensive smoking cessation programme for COPD outpatients: A randomized controlled trial. *European Respiratory Journal* (2003). 22 .
- Drossaert, C.H.C., Boer, H. & Seydel, E.R.(2003), Prospective study on determinants of repeat attendance and attendance patterns in breast cancer screening programme using the Theory of Planned Behavior., *Psychology & Health*, 18 (5).
- Drossaert, C.H.C., Boer, H., & Seydel, E.R. (2002). Monitoring women's experience during three rounds of breast cancer screening: results from a longitudinal study. *Journal of Medical Screening*, 9, 168-175.
- Drossaert, C.H.C., Boer, H., & Seydel, E.R. (2001). Does mammographic screening and a negative result affect attitudes towards future breast screening? *Journal of Medical Screening*, 8, 204-212.
- Pieterse, M.E., Seydel, E.R., Vries, H. de, Mudde, A.N., & Kok, G.J. (2001). Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Preventive medicine* 32 (1), 182-190.
- Klein, J., J. van der Palen, S.M. Uil, G.A. Zielhuis, E.R. Seydel, and C.L.A. van Herwaarden, Benefit from the inclusion of self-treatment guidelines to a self-management programme for adults with asthma, *Eur. Respir. J.*, March 1, 2001; 17(3): 386 - 394.
- Zielhuis, G.A., Herwaarden, C.L.A. van, Seydel, E.R., Klein, J.J., & Palen, J. van der (2001). Behavioural effect of self-treatment guidelines in a self-management program for adults with asthma. *Patient education and counseling* 43, 161-169
- Seydel, E., Prins, G., Serkei, C., Twist, M. van (2000) 'Vitale ontwikkelingen in het medialandschap en de gevolgen voor de overheidscommunicatie', advies aan het kabinet.
- Gemert-Pijnen, JE van.** *Het totstandkomen en functioneren van infectiepreventieprotocollen. Een onderzoek naar communicatie gestuurd door wet- en regelgeving.* 2003. Dissertatie, Enschede.
- Gemert-Pijnen, JE van.** Zijn enquêtes geschikt om het functioneren van infectiepreventieprotocollen te beoordelen? *Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie*, november 2003, nr 4, pp 99-106.
- Gemert-Pijnen, JE van.** Protocollen schieten doel voorbij. *Infectieziekten-bulletin* 9 (14), 2003, 213-214.
- Gemert-Pijnen, JE van, Hendrix MGR, Van Palen J, Schellens PJ.** Performance of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* protocols in Dutch hospitals. *American Journal Infection Control*, 2005, vol. 33 (7), 377-384.

Gemert-Pijnen, JE van, Heikamp, M., Nijland, N. & Tempelman, M. Elektronische consultatie in de praktijk. 2005. In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen.

Gemert-Pijnen, JE van, Hendrix MGR, Van Palen J, Schellens PJ. Effectiveness of protocols for preventing occupational exposure to blood and body fluids in Dutch hospitals. Journal of Hospital Infection, 2006, 62, 166-173.

Gulmans J, M.M.R. Vollenbroek-Hutten, JE. van Gemert-Pijnen, W.H. van Harten. Quality of communication in integrated care settings: towards the development of a mixed design assessment method (ingediend bij Integrated Care, 2006).

Trefwoorden

Self care; information systems; decision support; integrated health care; quality of health care; continuum of care;

Projectgroep

Prof. Dr. E.R. Seydel

T: 053-4893289

F: 053-4894259

E: E.R.Seydel@utwente.nl

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Postbus 217

7500 AE Enschede

Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen

T: 053-4894795

F: 053-4894259

E: j.e.w.c.vangemert-pijnen@utwente.nl

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Postbus 217

7500 AE Enschede

Drs. M. Heikamp

T: 053-4894114

F: 053-4894259

E: m.heikamp@utwente.nl

Universiteit Twente

Faculteit Gedragwetenschappen

Postbus 217

7500 AE Enschede