



# JEUGDGEZONDHEIDSZORG

ONDERBOUW VOOR DE ORGANISATIE VAN JGZ IN DE CENTRA VOOR  
LEERLINGENBEGELEIDING

januari 2016

VLAAMSE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING VOOR  
JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Kapucijnenvoer 35, blok d, 1ste verdieping - 3000 Leuven



## Inhoud

1	Missie van de JGZ .....	3
2	Visie van de JGZ.....	5
3	Strategische (SD) en operationele doelen (OD) van de JGZ .....	6
4	Inzetten van de gepaste methodieken.....	9
5	Flexibilisering en differentiatie.....	11
5.1	Flexibilisering en differentiatie van het aanbod .....	11
5.2	Subsidiariteit van professionals.....	12
6	Professionele uitvoering van de JGZ .....	12
6.1	Beroepsprofielen .....	12
6.2	Juridische contouren voor de uitvoering van de JGZ (11) .....	13
7	JGZ in CLB .....	15
7.1	Een werkmodel.....	15
7.2	Verzekerd aanbod.....	16
7.3	Advies invulling periodieke contacten JGZ in de CLB.....	16
8	Besluit.....	22

## Situering van dit document

In 2008 publiceerde de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) een conceptnota (1) en in 2010 een document *'Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen en jongeren '3-18 jaar'* (2). In deze publicaties werd een voorstel van missie, visie en strategie voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) in Vlaanderen voorgesteld.

De CLB hebben een prominente rol in het aanbod van jeugdgezondheidszorg voor schoolgaande kinderen en jongeren in Vlaanderen. De beleidsbeslissingen van de Vlaamse regering inzake de organisatie van het (secundair) onderwijs, de recent gepubliceerde CLB-audit en de op stapel staande herziening van het decreet leerlingenbegeleiding, maken dat de CLB actueel in een reflectiefase zitten voor een mogelijke transitie van haar opdrachten en organisatie in de nabije toekomst.

In dit tijdsvenster vraagt het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid aan de VWVJ om het in de hoger vermelde publicaties opgenomen advies inzake jeugdgezondheidszorg te actualiseren en in het bijzonder de rol van de Centra voor Leerlingenbegeleiding in de realisatie van de JGZ.

De missie en visie, en onderliggende kaders in de publicaties van 2008 en 2010 kunnen onverminderd worden behouden in dit geactualiseerde document. Méér zelfs, de kaders hebben over de afgelopen jaren progressief ingang gevonden in het conceptueel denken en handelen binnen onderwijs en de preventieve gezondheidszorg. Getuige hiervan de adoptie van het ICF-raamwerk dat volop de kaart trekt van de holistische, bio-psychosociale benadering en verankerd werd in het M-decreet. Het belang van het transactioneel ontwikkelmodel, het meervoudig risico- en levensloopmodel en het balansmodel van Bakker voor de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren, werden uitgebreid beschreven in het *'Onderzoek naar de wetenschappelijke "state of the art" van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen en jongeren '3-18 jaar'* (2). De betekenis van deze modellen zal in deze publicatie blijken uit de missie, de geactualiseerde visie en de mogelijke strategie om JGZ in Vlaanderen en in het bijzonder in de CLB vorm te geven.

## 1 Missie van de JGZ

---

De jeugdgezondheidszorg wil de **gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren beschermen, bewaken, en bevorderen** en dit zowel op het lichamelijke, het cognitieve als het sociaal-emotionele vlak met als doel kinderen en jongeren te laten **opgroeien** tot volwassenen die betekenis geven aan het leven en hun rol kunnen opnemen in de samenleving. Hierbij gaat er niet alleen aandacht naar het individuele kind, maar ook naar de relatie en interactie tussen het kind en zijn omgeving (gezin, school, vrije tijd) (2).

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft **gezondheid** als een toestand van volledig lichamenlijk, geestelijk (cognitief en emotioneel) en maatschappelijk (sociaal) welzijn en niet slechts als de afwezigheid van ziekte of ander lichamenlijk gebrek (3).

Deze definitie benadert zelden de werkelijkheid en beschrijft eerder een utopisch ideaal wat maakt dat niemand zich volgens deze definitie gezond mag noemen. Machteld Huber van de Universiteit van Maastricht ontwikkelde een meer dynamisch concept voor gezondheid, namelijk "Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven" (4).

De dynamiek ligt in de mogelijkheid en het perspectief van de mens om gezond te zijn of te worden, ook wanneer er sprake is van ziekte of gebrek. Het expliciteert zowel de veranderbaarheid van een gezondheidstoestand als de bepalende invloed van de context op de perceptie van gezondheid.

Deze definitie van gezondheid omvat tegelijk ook wat de kernopdracht is van kinderen en jongeren, namelijk het ontwikkelen, opgroeien en leren deelnemen aan het maatschappelijk leven. Met andere woorden, opgroeien is complexiteit in het leven toelaten en ermee leren omgaan (5). Dit proces vrijwaren, bewaken en bevorderen is een opdracht waaraan diverse maatschappelijke sectoren, structuren en voorzieningen bijdragen.

Er is overtuigend bewijs dat een goede **mentale gezondheid** van kinderen en jongeren de sleutel is tot een voorspoedige ontwikkeling, een gunstige schoolloopbaan en een goede gezondheid (6). Investeren in de mentale gezondheid van kinderen in de eerste levensjaren en later, legt een sterke basis voor gunstige sociaaleconomische uitkomsten, zoals de onderwijsloopbaan en kansen op werk. Inzetten op het creëren van een gezonde en stimulerende leefomgeving door het versterken van een aantal beschermende factoren in de leef- en leeromgeving van kinderen en jongeren maar ook door het versterken van de persoonlijke competenties en een positieve identiteit, is een belangrijke opdracht van de JGZ die zich over het continuüm van “pro-actie” – “preventie” - “zorg” uitstrekt en zijn vruchten afwerpt op de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en de maatschappelijke participatie nu en in de toekomst(7, 8).

**Groei**, gedefinieerd als een geheel van lichamelijke veranderingen met de leeftijd (onder meer geëvalueerd aan de hand van schedelomtrek, lengte, gewicht, puberteitskenmerken) is een zeer belangrijke en gevoelige indicator van de gezondheid van een kind of jongere en van de globale gezondheid van de hele bevolking. Een afwijkend groeipatroon of een onevenwicht tussen groei en maturatie is niet alleen een signaal van een onderliggende ziekte of psychosociaal disfunctioneren, maar kan ook een voorspellende factor of zelfs een determinant zijn voor latere gezondheidsrisico's of ziekten.

**Ontwikkeling** is een uiterst complex proces van onder meer lichamelijke en geestelijke maturatie en het verwerven van vaardigheden in diverse domeinen (sociaal-emotioneel, motorisch, cognitief, taal-spraak, creativiteit, lezen, rekenen, schrijven ..... deze lijst is vrijwel onbeperkt). Sommige aspecten van het ontwikkelingsproces overstijgen het niveau van ‘vaardigheden verwerven’. De vaardigheden zijn in dat geval eerder middelen om zichzelf te ontplooien tot een persoonlijkheid, die gedragingen stelt volgens bepaalde morele waarden. (1)

In het kader van deze missie betekent:

- **‘beschermen’**: alert zijn voor (gezondheids-/groei/ontwikkelings-) bedreigingen, wat een anticiperende (proactieve) connotatie heeft en ook staat voor het vrijwaren van wat bereikt werd.
- **‘bewaken’**: de monitoring, het meten van indicatoren van gezondheid, groei en ontwikkeling. Dit heeft als doel de evolutie en fasen van groei en ontwikkeling op te volgen, waardoor enerzijds bevestigd kan worden dat het goed (normaal) verloopt, en anderzijds (vroeg)tijdig afwijkende groei- en ontwikkelingspatronen kunnen worden herkend. In dit kader situeert zich ook de gerichte screening naar gezondheidsproblemen/pathologie.
- **‘bevorderen’**: het verbeteren of versterken van wat reeds bereikt werd op het vlak van gezondheid, groei en ontwikkeling.

Met deze missie onderschrijft de jeugdgezondheidszorg het brede maatschappelijke project inzake welzijn en gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap. Dit houdt onder meer afstemming in met de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, en de preventiestrategieën en methodieken die hierbij horen.

## 2 Visie van de JGZ

---

De JGZ realiseert haar missie door **proactief** en **preventief** te werken en door **zorg** te dragen voor een optimale participatie van kinderen en jongeren. Volgende principes zijn hierbij cruciaal:

- De JGZ heeft alle kinderen in beeld;
- De JGZ is vertrouwd bij de jeugdigen en hun ouders en laagdrempelig bereikbaar;
- De JGZ is actief en anticiperend en sluit aan bij de leefwereld van kinderen, jongeren en hun gezinnen;
- De JGZ versterkt de eigen kracht van kinderen, jongeren en hun ouders in open dialoog en volwaardig partnerschap;
- De JGZ is expert in de normale groei en ontwikkeling en de invloed van de context hierop;
- De JGZ volgt kinderen en jongeren in hun ontwikkeling vanuit een bio-psychosociaal model en doet dit op relevante momenten van de levensloop;
- De JGZ is verbinder tussen het kind/de jongere in zijn natuurlijke context en de diverse echelons van ondersteuning en hulp in de curatieve gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening;
- De JGZ heeft aandacht voor sociale ongelijkheid in gezondheid;
- De JGZ differentieert haar aanbod in functie van de noden;
- De JGZ werkt conform de beschikbare evidentie die de balans houdt tussen relevant wetenschappelijk bewijs, het klinisch oordeel en de ervaring van professionals en de waarden en voorkeuren van kinderen/jongeren en hun ouders en de samenleving.

### 3 Strategische (SD) en operationele doelen (OD) van de JGZ

---

#### **SD 1: Bevorderen van de gezondheid, groei en ontwikkeling**

**OD 1: Individuele en collectieve maatregelen nemen en/of ondersteunen die de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren bevorderen.**

Actiepunt 1: Kinderen en jongeren en hun gezinscontext sensibiliseren en motiveren voor een levensstijl die hun gezondheid, groei en ontwikkeling bevordert.

Actiepunt 2: Voorzieningen waar kinderen en jongeren verblijven en/of begeleid worden (bv. kinderdagverblijven, scholen, welzijnsinstellingen ...) ondersteunen bij het ontwikkelen en implementeren van collectieve maatregelen/interventies die de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren bevorderen.

#### **SD 2: Toezien op het normale verloop van de groei en ontwikkeling**

**OD 2: Bevestigen dat het groei- en ontwikkelingsproces van kinderen en jongeren binnen de grenzen van de normale variatie voor hun leeftijd en geslacht verloopt.**

Actiepunt 3: Monitoren van groei en lichamelijke ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Actiepunt 4: Toezien op de diverse aspecten van de ontwikkeling van kinderen en jongeren, namelijk de motorische ontwikkeling, de taal- en spraakontwikkeling, en de cognitieve, mentale en sociale ontwikkeling.

#### **SD 3: Tijdig detecteren van gezondheids-, groei- en ontwikkelingsproblemen, en kinderen en jongeren, op het spoor zetten en/of opstarten van gepaste zorg**

**OD 3: Tijdig detecteren van risicofactoren, signalen en/of symptomen van gezondheids-, groei- en ontwikkelingsproblemen bij kinderen en jongeren, en inschatten van de hiermee gepaard gaande nood aan zorg.**

Actiepunt 5: Tijdig detecteren van problemen met de gezondheid (lichamelijk, emotioneel en mentaal), en de groei die relevant zijn voor de ontwikkeling (motorisch, taal en spraak, cognitief, mentaal/emotioneel, persoonlijkheid en sociaal) van kinderen en jongeren.

Actiepunt 6: Taxeren van de impact van een gezondheids-, groei- en/of ontwikkelingsprobleem op het participeren van kinderen en jongeren aan het maatschappelijk leven en inschatten van de nood aan zorg met inachtneming van beschermende factoren.

**OD 4: Tijdig detecteren van risicofactoren, signalen en/of symptomen van problemen in het gezin en de maatschappelijk context die een impact kunnen hebben op de gezondheid, groei en/of ontwikkeling van het kind of de jongere, en inschatten van de hiermee gepaard gaande nood aan zorg.**

Actiepunt 7: Taxeren en bespreken van de ontwikkelingstaken voor kinderen en jongeren, en de hiermee gerelateerde opvoedingsopgaven van hun ouders/opvoeders.

Actiepunt 8: Onderzoeken van de interactie tussen het kind/de jongere en de gezins- en ruimere context, en inschatten van de nood aan (opvoedings-)ondersteuning en zorg met inachtneming van eventuele beschermende factoren.

**OD 5: Op het spoor zetten en/of opstarten van gepaste zorg.**

Actiepunt 9: Adviseren van kinderen en jongeren en hun ouders/opvoeders over aspecten die verband houden met problemen van hun gezondheid, groei en ontwikkeling.

Actiepunt 10: Opstarten van zorg voor kinderen, jongeren en hun gezin, naar aanleiding van een inschatting van hun noden, en/of hen op het spoor zetten van een ondersteunend netwerk en/of het gepaste zorgaanbod.

**SD 4: Preventie van infectieziekten****OD 6: Primaire preventie van infectieziekten door te vaccineren.**

Actiepunt 11: Organiseren en uitvoeren van populatiegerichte vaccinatieprogramma's conform het Vlaamse vaccinatieschema.

Actiepunt 12: Aanbieden van inhaalvaccinaties aan subgroepen en individuen die om gelijk welke reden vaccinaties volgens het gangbare schema hebben gemist, in het bijzonder kinderen die omwille van ziekte, (kans)armoede of migratie weerhouden werden van vaccinatie.

**OD 7: Voorkomen van het verspreiden van infectieziekten door het treffen van profylactische maatregelen.**

Actiepunt 13: Samenbrengen van relevante partners voor de organisatie van profylactische maatregelen, in overleg en coördinatie met de overheidsdiensten.

Actiepunt 14: In overeenstemming met de afspraken bijdragen tot de uitvoering van de noodzakelijke profylactische maatregelen.

**SD 5: Zorg dragen voor een optimale participatie****OD 8: In het belang van een optimale participatie van kinderen en jongeren bijdragen tot een gepaste en tijdige uitwisseling van informatie tussen kinderen, jongeren en hun ouders/opvoeders enerzijds, en begeleiders/hulpverleners van de onderwijs-, gezondheids- en welzijnssector anderzijds.**

Actiepunt 15: Aanleveren van relevante informatie over het functioneren (meer bepaald de activiteiten en het participeren) van kinderen en jongeren, en over hun opvoedingscontext, aan begeleiders/hulpverleners van de onderwijs-, gezondheids- en welzijnssector ten behoeve van diagnostiek, begeleiding en/of behandeling.

Actiepunt 16: Vertalen van de medische/klinische informatie verband houdend met een gezondheids-, groei- en/of ontwikkelingsprobleem naar hun relevantie voor de dagelijkse activiteiten en het participeren van kinderen en jongeren en hun contexten.

**OD 9: Coördineren en faciliteren van de integratie of re-integratie van kinderen en jongeren in het gezin, het kinderdagverblijf, de school en vrijetijdsmilieu na (school)verzuim, (langdurige) ziekte, opname in ziekenhuis of een welzijnsinstelling.**

Actiepunt 17: Samenbrengen van jeugdigen en hun ouders met alle betrokken partners ten behoeve van de uitwerking van een plan van aanpak.

Actiepunt 18: Coördineren van de realisatie van het afgesproken plan van aanpak.

## **SD 6: Wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie**

### **OD 10: Bijdragen tot wetenschappelijk onderzoek dat de realisatie van de eerder vermelde strategische doelstellingen (SD1 t.e.m. SD5) onderbouwt en evalueert.<sup>1</sup>**

Actiepunt 19: Thema's die wetenschappelijke onderbouwing van jeugdgezondheidszorg vereisen op de agenda plaatsen.

Actiepunt 20: Definiëren van relevante uitkomstmaten van het JGZ-aanbod in Vlaanderen.

Actiepunt 21: Bijdragen tot het wetenschappelijk onderzoek naar de mogelijkheden en effecten van de JGZ aan de hand van collectieve data, maatschappelijke noden en evoluties.

Actiepunt 22: Borgen van de wetenschappelijke expertise JGZ door samenwerking met universiteiten.

## **SD 7: Beleidsadvisering en beleidsvoering**

### **OD 11: Informeren van het beleid over de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren aan de hand van geregistreerde JGZ-data.**

Actiepunt 23: Creëren van fora om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek terug te koppelen naar belanghebbende sectoren.

Actiepunt 24: Formuleren van beleidsadviezen op eigen initiatief voor het lokaal, regionaal en federaal niveau.

Actiepunt 25: Formuleren van beleidsadviezen op vraag van lokale, regionale en federale beleidsinstanties.

### **OD 12: Bijdragen tot samenwerking en tot effectieve en efficiënte beleidsvoering met het oog op de realisatie van de doelstellingen van JGZ.**

Actiepunt 26: Realiseren van samenwerkingsverbanden met partners in de gezondheid- en welzijnszorg, onder meer de curatieve gezondheidszorg (huisartsen, geneesheren-specialisten, ziekenhuizen, ...), revalidatiecentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, welzijnsvoorzieningen e.a., met het oog op het tijdig aanbieden van de gepaste zorg aan kinderen, jongeren en hun ouders/begeleiders.

Actiepunt 27: Bijdragen tot de vorming van netwerken rond maatschappelijk relevante thema's die betrekking hebben op de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Actiepunt 28: Participeren in netwerken die opgezet worden in het kader van de realisatie van federale, regionale en lokale doelstellingen inzake de gezondheid en het welzijn van kinderen en jongeren, onder meer het lokaal gezondheidsoverleg en de integrale jeugdhulp.

Actiepunt 29: Bijdragen tot een effectief en efficiënt gezondheidsbeleid in de kinderopvang, school- en vrije tijdsvoorzieningen voor kinderen en jongeren.

---

<sup>1</sup> Bijdragen tot wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie kan verschillende vormen aannemen. Op het lokale niveau (bv. een CLB) zal het vooral gaan over het leveren van een bijdrage tot wetenschappelijk onderzoek vanuit eigen registratiedata (actiepunt 21), terwijl het eerder tot de opdrachten van een partnerorganisatie of kenniscentrum behoort om thema's en uitkomstmaten voor onderzoek aan te brengen (actiepunten 19 en 20), en wetenschappelijke expertise te helpen borgen (actiepunt 22).



## 4 Inzetten van de gepaste methodieken

De realisatie van de diverse doelen en actiepunten vragen het gebruik van een adequate methodiek. De conceptnota JGZ (1) somt een reeks methodieken op die kunnen worden toegepast in de centra voor leerlingenbegeleiding. Zoals reeds eerder werd vermeld sluiten deze methodieken, waar mogelijk en relevant, aan bij de methodieken die gebruikt worden in het kader van de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. In onderstaande oefening worden mogelijke methodieken toegewezen aan de strategische en operationele doelen en de actiepunten.

Tabel 1: Overzicht van in te zetten methodieken (rechter kolom) bij de realisatie van JGZ in Vlaanderen volgens strategische en operationele doelstelling (linker kolom)

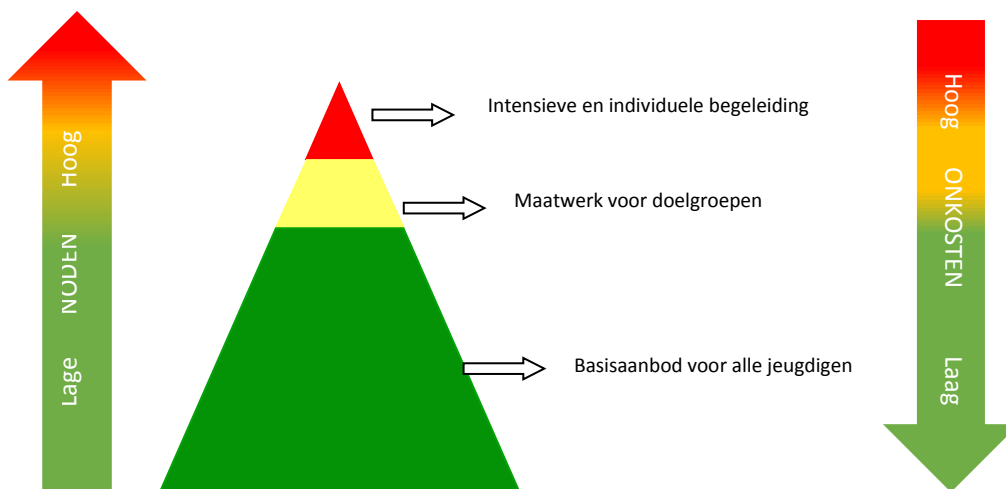
<b>SD 1: Bevorderen van de gezondheid, groei en ontwikkeling</b>	
OD 1: Individuele en collectieve maatregelen nemen en/of ondersteunen die de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren bevorderen.	Periodieke contacten met vaste regelmaat voor alle kinderen en jongeren. Contacten in functie van de noodzaak. Samenwerkingsverbanden met organisaties en voorzieningen. Populatiegerichte campagnes. Begeleiding op maat van noden.
<b>SD 2: Toezien op het normale verloop van de groei en ontwikkeling</b>	
OD 2: Bevestigen dat het groei- en ontwikkelingsproces van kinderen en jongeren binnen de grenzen van de normale variatie voor hun leeftijd en geslacht verloopt.	Periodieke contacten met vaste regelmaat voor alle kinderen/jongeren en hun ouders. Periodieke contacten met verhoogde/aangepaste regelmaat voor kinderen en jongeren met bijzondere noden. Contacten op vraag van kind/jongere, ouder, derden Vrij spreekuur. Elektronische bevraging.
<b>SD 3: Tijdig detecteren van groei- en ontwikkelingsproblemen, en kinderen en jongeren op het spoor zetten van de gepaste zorg</b>	
OD 3: Tijdig detecteren van risicofactoren, signalen en/of symptomen van gezondheids-, groei- en ontwikkelingsproblemen bij kinderen en jongeren, en inschatten van de hiermee gepaard gaande nood aan zorg.	Periodieke contacten met vaste regelmaat voor alle kinderen/jongeren en hun ouders. Periodieke contacten met verhoogde/aangepaste regelmaat voor kinderen en jongeren met bijzondere noden. Contacten op vraag van kind/jongere, ouder, derden.
OD 4: Tijdig detecteren van risicofactoren, signalen en/of symptomen van problemen in het gezin en de maatschappelijk context die een impact kunnen hebben op de gezondheid, groei en/of ontwikkeling van het kind of de jongere, en inschatten van de hiermee gepaard gaande nood aan zorg.	Samenwerkingsverbanden met organisaties en voorzieningen. Vrij spreekuur. Elektronische bevraging.
OD 5: Op het spoor zetten van gepaste zorg.	Contacten op vraag van kind/jongere, ouder, derden Contacten op initiatief van de JGZ. Elektronische interactieve modules/inzet van sociale media. Samenwerking met partners.

<b>SD 4: Preventie van infectieziekten</b>	
OD 6: Primaire preventie van infectieziekten door te vaccineren.	Populatiegerichte vaccinatiecampagnes. Vaccinatiecontact op vraag van kind/jongere, ouders of op initiatief van de JGZ.
OD 7: Voorkomen van het verspreiden van infectieziekten door het treffen van profylactische maatregelen.	Samenwerken in een netwerk: JGZ, curatieve gezondheidszorg, overheidsdienst en plaatsen waar kinderen en jongeren samen komen (scholen, internaten, tehuizen, kinderopvang, vrije tijd, vakantiecampen)
<b>SD 5: Zorg dragen voor een optimale participatie</b>	
OD 8: In het belang van een optimale participatie van kinderen en jongeren bijdragen tot een gepaste en tijdige uitwisseling van informatie tussen kinderen, jongeren en hun ouders/opvoeders enerzijds, en begeleiders/hulpverleners van de onderwijs-, gezondheids- en welzijnssector anderzijds.	Multidisciplinaire samenwerking in netwerk rond kind/jongere en ouders door: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Coördinatie</li> <li>→ Overleg met betrokken partners</li> <li>→ Gebruik van gemeenschappelijk dossier</li> <li>→ Inzetten van een elektronisch samenwerkingsinstrument (kind en ouders inclus)</li> <li>→ Huisbezoeken</li> </ul>
OD 9: Coördineren en faciliteren van de integratie of re-integratie van kinderen en jongeren in het gezin, het kinderdagverblijf, de school en vrijetijdsmilieu na (school)verzuim, (langdurige) ziekte, opname in ziekenhuis of een welzijnsinstelling.	Contacten op vraag van kinderen, jongeren, ouders, opvoeders. Contacten op initiatief van de JGZ. Begeleiden / coachen.
<b>SD 6: Wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie</b>	
OD 10: Bijdragen tot wetenschappelijk onderzoek dat de realisatie van de eerder vermelde strategische doelstellingen (SD1 t.e.m. SD5) onderbouwt en evalueert.	Netwerken en samenwerken met partners in de JGZ. Installeren van een onderzoekstructuur. Voeren van wetenschappelijk onderzoek.
<b>SD 7: Beleidsadvisering en beleidsvoering</b>	
OD11: Informeren van het beleid over de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren aan de hand van registreerde JGZ-data.	Beleidsrapporten. Samenwerken. Studiedagen.
OD 12: Bijdragen tot samenwerking en effectieve en efficiënte beleidsvoering met het oog op de realisatie van de doelstellingen van JGZ.	Samenwerken. Netwerken. Overleg. Informeren. Participeren aan bestaande samenwerkingsverbanden

## 5 Flexibilisering en differentiatie

### 5.1 Flexibilisering en differentiatie van het aanbod

Zorgmodellen met een getrappt aanbod, waarvan de graad van intensiteit en de mate van individualisering van de interventie verhoogt naarmate de nood aan zorg toeneemt, worden sinds enige jaren toegepast in diverse domeinen van de gezondheidszorg en onderwijs. Vertaald naar jeugdgezondheidszorg laat een dergelijk getrappt model toe om flexibilisering en differentiatie van het aanbod te voorzien in functie van de gesignaleerde noden van een kind en zijn omgeving, en dit onder de vorm van (1) een *basisaanbod voor de hele populatie*, (2) een *bijkomend aanbod voor subgroepen*, en (3) een *individueel (intensief en op maat gesneden) aanbod*. In onderstaande figuur 1, worden de verschillende niveaus van dit getrappt model schematisch voorgesteld.



Figuur 1: Schematische voorstelling van een getrappt zorgmodel, met een basisaanbod (groen), bijkomend aanbod (geel) en een individueel aanbod (rood) (aangepast aan Positive Behavioural Interventions and Supports (PBIS) ([www.pbis.org](http://www.pbis.org)))

In de verschillende modellen waar een getrappt zorgaanbod gehanteerd wordt, zowel binnen gezondheidszorg als in het kader van onderwijs (vb. PBIS), wordt ervan uitgegaan dat in een goed opgezet zorgsysteem voor ongeveer 80% van de doelgroep het basisaanbod zal volstaan, 15 à 20% een bijkomend aanbod zal nodig hebben (individueel of in groep) omwille van verhoogd risico en bij slechts 3 à 5% het risico dermate hoog is dat intensieve individuele begeleiding vereist is.

Hoewel deze proporties zullen variëren in functie van de problematiek waarop men het model toepast, kunnen zij toch als uitgangspunt dienen voor de organisatie van de zorg op de verschillende niveaus.

Door het regelmatig meten van de respons/het effect van het aanbod, evalueert men niet alleen de kwaliteit ervan maar detecteert men tegelijk het (de) individu(en) of de deelgroepen waarvoor het basisaanbod niet volstaat om een gewenst doel te bereiken. Dit is aanleiding tot het uitwerken van een bijkomend en/of aangepast beleid. Op elk zorgniveau vindt zowel taxatie, evaluatie als bijsturing van zorg plaats.

Een (proactief en preventief) basisaanbod komt met relatief lage kosten tegemoet aan de basisbehoeften van de volledige jeugdige populatie. Waar de noden stijgen, moet het zorgaanbod worden aangepast met een relatieve toename van het kostenplaatje. De zorg moet dermate worden georganiseerd dat het maatwerk effectief ten goede komt aan de kinderen en jongeren die het nodig hebben.

Dit getrappt zorgmodel is geheel in overeenstemming met de zorgpiramide van de Wereldgezondheidsorganisatie voor een optimale mix aan diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Dit

model wordt ook in de 'Gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' als kader opgenomen (7, 9).

## 5.2 Subsidiariteit van professionals

Een getrappt zorgmodel maakt niet alleen dat de gepaste zorg wordt verleend aan wie die toekomt maar het laat ook toe om mensen met de best gepaste expertise in te zetten op het gepaste niveau conform het subsidiariteitsprincipe.

Voor een adequaat en kostenefficiënt inzetten van expertise is het cruciaal om de inhoud van het getrapte aanbod te kennen om vervolgens te analyseren welke competenties hiervoor vereist zijn en bij welke professionals deze competenties kunnen worden verwacht/(aangeleerd). Gezien de complexiteit van het opgroeien en ontwikkelen van kinderen in permanente interactie met de omgeving kan verwacht worden dat de doelen van de JGZ multidisciplinair zullen worden gerealiseerd.

## 6 Professionele uitvoering van de JGZ

---

De uitvoering van jeugdgezondheidszorg volgens de hoger vermelde missie en doelstellingen vereist actieve betrokkenheid van psychologische, pedagogische, maatschappelijke en (para-)medische disciplines in een multidisciplinaire aanpak.

In deze nota beperken wij ons tot een korte bespreking van de beroepsprofielen van jeugdverpleegkundige en jeugdarts, die met inbreng van de VVVJ werden ontwikkeld.

### 6.1 Beroepsprofielen

Beroepsprofielen beschrijven het beroep voor de specifieke beroepsbeoefenaar, samen met de wenselijke competenties. Een beroepsprofiel kan erkend worden in een professionele beroepstitel waardoor de vereiste voorwaarden voor het uitoefenen van het beroep worden beschermd ten behoeve van een kwaliteitsvolle zorg- en hulpverlening.

Beroepsprofielen vormen een goede basis om de subsidiariteit van de diverse professionals in de JGZ te vatten in een JGZ-organisatiemodel.

#### 6.1.1 Profiel van de jeugdverpleegkundige

In de schoot van de VVVJ werd een profiel van de jeugdverpleegkundige (10) ontwikkeld, gebaseerd op literatuur, gestructureerde discussie en consensus in een werkgroep verpleegkundigen met ervaring in de sectoren Kind en Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding. Het profiel schetst, zowel voor organisaties in de jeugdgezondheidszorg als voor de samenleving als geheel, de uitoefening van de verpleegkunde binnen de jeugdgezondheidszorg. Het beschrijft de competenties die nodig zijn om als verpleegkundige autonoom en verantwoord te kunnen handelen. Vanuit deze beschrijving, geordend in competentiegebieden, kunnen domeinspecifieke leerresultaten toegevoegd worden aan de opleiding tot verpleegkundige.

Voor de individuele verpleegkundige biedt het profiel een duidelijke identiteit waarbij stimulerende, motiverende, reflecterende en verdiepende effecten gegenereerd worden.

Voor organisaties biedt het profiel een kader voor professionele evaluatie en voortdurende ontwikkeling.

### 6.1.2 Profiel van de jeugdarts

Ruim 10 jaar organiseren de Vlaamse universiteiten een master na master opleiding in de JGZ voor artsen gericht op het verwerven van competenties die nodig zijn om bij te dragen tot de doelstellingen van de JGZ. Tot heden resulteert de opleiding niet in het verwerven van een beroepstitel van jeugdarts. Een erkend beroepsprofiel laat toe om de JGZ te positioneren ten aanzien van de huisartsgeneeskunde en de specialistische curatieve geneeskunde en vrijwaart het JGZ-specifieke aanbod van preventie en zorg voor kinderen en jongeren. Tegelijk voorkomt het een versnippering van JGZ-taken over diverse structuren en actoren in de gezondheidszorg.

Vertrekkend vanuit de *'Standards for School Health Services'* en het CanMEDs model werden opleidings- en domein-specifieke leerresultaten ontwikkeld gerelateerd aan specifieke competenties en het wenselijke beroepsprofiel van de jeugdarts(11, 12). Voor organisaties biedt dit beroepsprofiel een kader om jeugdartsen in te zetten conform hun expertise, en is het tevens een uitgangspunt voor professionele evaluatie en voortdurende ontwikkeling.

## 6.2 Juridische contouren voor de uitvoering van de JGZ (13)

In een organisatie dient ieders opdracht en bijhorende verantwoordelijkheden goed omschreven te zijn. Dit dient de subsidiariteit, schept duidelijkheid, helpt om de krachten efficiënter in te zetten en geeft elke beroepsgroep de ruimte om in een wettelijk kader te werken.

Voor een aantal beroepen in de gezondheidszorg zijn er wettelijke bepalingen voorhanden. Het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (10 nov 1967, laatste gewijzigd in mei 2014) is de wettelijke basis voor de beroepstitels en de kwalificatievereisten voor het uitoefenen van het beroep van de geneeskunde, kinesitherapie, verpleegkunde, en andere. Per beroepsgroep wordt in dit KB bepaald dat niemand een gezondheidsberoep mag uitoefenen die niet in het bezit is van het vereiste diploma of de gelijkwaardige titel. Het is ook ieder beoefenaar van een bepaalde beroepstitel verboden, hoe dan ook, zijn medewerking of bijstand te verlenen aan een niet bevoegde derde, met het doel het hem mogelijk te maken het bepaald gezondheidsberoep te beoefenen.

Per beroepstitel bestaat een lijst met handelingen waarvoor iemand met de geschikte kwalificaties bevoegd is. Daarnaast wordt de mate van autonomie waarmee tot handelen kan worden overgegaan beschreven. Eén van deze handelingen uitvoeren, zonder de vereiste kwalificaties, betekent dat men het beroep onwettig uitoefent en dat men hiervoor gestraft kan worden. Deze juridische contouren zijn relevant voor een adequate en complementaire taakverdeling tussen de diverse JGZ-professionals zoals artsen, verpleegkundigen en paramedici. Een groot deel van de activiteiten in de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen zijn verpleegkundige activiteiten. Deze activiteiten worden onderverdeeld in a-, b- en c-activiteiten verwijzend naar (a) het voeren van gerichte anamnese, (b) het uitvoeren van technische prestaties zoals wegen, meten, visus- en gehooronderzoek en (c) het zelfstandig beoordelen van de resultaten van de technische prestaties. Sinds enkele jaren is het verplicht om alle technische verpleegkundige verstrekkingen (b-activiteiten) en toevertrouwde geneeskundige handelingen (c-activiteit) te beschrijven door middel van procedures. Daarenboven is voor de technische verpleegkundige verstrekkingen met aanduiding b2 en voor de toevertrouwde geneeskundige c-handelingen een medisch (= van een arts) voorschrift nodig. In het kader van de preventieve zorg voor schoolgaande kinderen kan dit worden voorzien in de vorm van een staand order waarin de arts vastlegt bij welke groep kinderen een bepaalde procedure dient te worden toegepast. Het implementeren van staande orders heeft verschillende voordelen: het zijn gestandaardiseerde opdrachten die verpleegkundigen toelaten om zelfstandig te werken, het is een werkinstrument voor opleiding en voor teambuilding en het laat ook toe om de kwaliteit van het handelen te toetsen.

Masters (licentiaten) in de psychologie die ingeschreven zijn op de officiële lijst van erkende psychologen

verwerven de beroepstitel van psycholoog. De wettelijke erkenning (14) beschermt het recht op het dragen van de titel en wil hiermee cliënten beschermen. In tegenstelling tot diverse beroepen in de gezondheidszorg, worden handelingen of interventies verbonden aan de beroepstitel van psycholoog niet exhaustief beschreven. Algemeen genomen onderzoeken psychologen het gedrag, de gedachten en de emoties van verschillende doelgroepen. Verder helpen ze anderen hun gedrag te begrijpen en te veranderen. Zij baseren zich hiervoor op wetenschappelijke inzichten en methodes. Bovendien zijn psychologen op uiteenlopende terreinen werkzaam. Dit zorgt ervoor dat er binnen de psychologie heel veel takken zijn. Per 1 september 2016 wordt de klinische psychologie als gezondheidszorgberoep en als autonome handeling in het KB nr. 78 ingeschreven. Mogelijks leidt dit tot een concrete beschrijving van handelingen en verantwoordelijkheden.

Ook de titel van maatschappelijk werker in openbare centra voor maatschappelijk welzijn is bij wet beschermd (15).

## 7 JGZ in CLB

---

### 7.1 Een werkmodel

De Centra voor leerlingenbegeleiding zijn een belangrijke actor voor de realisatie van een aantal strategische en operationele doelen. In het 'Onderzoek naar de wetenschappelijke *“state of the art”* van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen en jongeren '3-18 jaar' (2) wordt een werkmodel voor de CLB uitgetekend dat de principes van flexibilisering en differentiatie toepast.

Door de inbedding van JGZ in de CLB is de school niet alleen een vindplaats van kinderen en jongeren maar tegelijk ook een partner in preventie en zorgverlening op maat van de noden van individuele kinderen en doelgroepen.

Alle schoolgaande kinderen en jongeren<sup>2</sup> hebben recht op een universeel, uniform en laagdrempelig aanbod:

- ondersteuning bij het gezondheidsbeleid van scholen en instellingen waar kinderen verblijven (OD2);
- tijdige detectie van risicofactoren, signalen en symptomen van gezondheids- en ontwikkelingsproblemen (OD4);
- tijdige detectie van risicofactoren, signalen, symptomen van problemen in het gezin en de interactie tussen kind, jongere en opvoeders (OD5);
- vaccinatie en profylactische maatregelen (OD7&8);

Dit aanbod doet zich voor op cruciale momenten, namelijk de transitie momenten van peuter naar kleuter, kleuter naar lagere school, de jonge puber en de adolescent. Tijdens deze contacten is er niet alleen gelegenheid tot screening van specifieke gezondheidsproblemen, monitoring van groei en/of bewaking van de ontwikkelvaardigheden van het kind, maar even belangrijk is het taxeren van de opvoeder-kind interactie en het bieden van psychosociale ondersteuning naar aanleiding van opvoedingsvragen, mogelijke risicofactoren in het gezin of maatschappelijke context. Normaliseren en het versterken van de eigen kracht van kinderen, jongeren en hun ouders is de focus van deze laagdrempelige contacten die de basis leggen voor een open dialoog, en een volwaardige transparante samenwerking.

Dit universeel aanbod richt zich naar de kinderen, jongeren én hun ouders/opvoeders.

Naar aanleiding van het universeel aanbod komen deelgroepen van kinderen, jongeren en ouders in beeld die nood hebben aan een aanbod op maat van kwetsbaarheden in het kind zelf (lichamelijk, emotioneel, psychisch, sociaal) en anderzijds in zijn context (gezin, sociaaleconomisch). Het maatwerk voor doelgroepen bestaat uit:

- bijdragen aan het gezondheidsbeleid rekening houdende met de specifieke kenmerken van de deel-/doelgroepen (OD2);
- een taxatie van de groei en ontwikkeling van kinderen en de nood aan opvoedingsondersteuning bij de ouders (OD4&5) volgens een regelmaat die met de betrokkenen wordt overeengekomen;
- het aanbieden van de gepaste interventie via sensibilisering, advisering, verwijzen naar en samenwerken met de gepaste diensten (OD6);
- het aanbieden van inhaalvaccinaties (OD7);

---

<sup>2</sup> Kinderen die thuisonderwijs krijgen en kinderen in het ziekenhuis worden niet door de CLB gevat maar wel onder het JGZ-aanbod door andere actoren. In deze is het CLB slechts één van de diverse JGZ-actoren.

- het realiseren van een brugfunctie tussen de gezins- en schoolcontext en diagnostische, therapeutische en begeleidingsdiensten (OD9);
- het evalueren en bijsturen van acties die de participatie van kinderen en jongeren op school en daarbuiten faciliteren (OD10&11).

De regelmaat en intensiteit van dit aanbod wordt bepaald door de noden en wensen van de betrokken partners. Kinderen, jongeren en hun ouders houden hierbij de regie. Het doel is kinderen en jongeren te versterken in het verwerven van een positieve beleving van hun welzijn en identiteit, het gevoel van eigen competentie, en ouders te ondersteunen bij specifieke opvoedingsvragen en opvoedingsnoden.

Individuele kinderen, jongeren en hun ouders hebben nood aan **individuele begeleiding en zorg**. Deze zorg beoogt de participatie van kinderen en jongeren te optimaliseren, rekening houdende met beperkingen die voortvloeien uit de persoonlijke functiestoornissen of contextuele tekorten die remmend werken op de persoonlijke groei en ontwikkeling. Dit aanbod op maat van het individu en het gezin bestaat uit:

- het nemen van individuele maatregelen die de gezondheid, groei en ontwikkeling van individuele kinderen met bijzondere noden bevorderen (OD1)
- verbindend samenwerken met kinderen, jongeren en hun ouders/opvoeders enerzijds, en begeleiders/hulpverleners van de onderwijs-, gezondheids- en welzijnssector anderzijds ten behoeve van diagnostiek, behandeling en begeleiding (OD8);
- coördineren en evalueren van de (re-)integratie van jongeren die een bijzonder plan van aanpak behoeve na een langdurige/door een chronische ziekte, een opname in een ziekenhuis of een welzijnsinstelling (OD9).

Contacten met individuele kinderen, jongeren en/of hun ouders kunnen volgens noodzaak systematisch en op vraag worden georganiseerd. Samenwerking/overleg in een netwerk van partners in onderwijs (onder meer in het kader van toepassing van het M-decreet), de gezondheidszorg en welzijnssector is belangrijk. Samenwerking in een multidisciplinair CLB-team is in deze context essentieel. De ontwikkeling en het gebruik van een elektronisch samenwerkingsplatform waarin alle zorgende partners inclusief kinderen, jongeren en hun ouders toegang toe hebben, is een belangrijke voorwaarde om dit te realiseren (16).

De individuele begeleiding, zorg en samenwerking in een netwerk bouwt verder op de expertise uit het basisaanbod en het aanbod voor deelgroepen. De regelgeving tekent de contouren voor het toewijzen van verantwoordelijkheden en de taakverdeling.

Ondersteunende processen in dit werkmodel zijn:

- de studie en evaluatie van de data geregistreerd ter gelegenheid van het CLB-aanbod (OD10);
- het informeren van het beleid over de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren ten behoeve van een adequate beleidsvoering (OD11).

## 7.2 Verzekerd aanbod

Volgens de gangbare regelgeving zijn kinderen en jongeren in Vlaanderen verplicht om aan de medische consulten deel te nemen. CLB hebben de opdracht deze consulten aan te bieden, en van scholen wordt verwacht dat zij de organisatie ervan ondersteunen. Met deze regeling wordt een maximaal bereik van de doelgroep beoogd, en ook in grote mate bereikt. Vanuit preventief oogpunt is dit laatste erg belangrijk, omdat hierdoor gericht signalen i.v.m. gezondheid, groei en ontwikkeling van



kinderen en jongeren kunnen opgevangen worden op een tijdstip dat preventieve actie en/of begeleiding het meest kosteneffectief zijn. Een hoog bereik van de doelgroep draagt in deze context ook bij tot het garanderen van gelijke kansen op een zo optimaal mogelijke gezondheid, groei en ontwikkeling.

In Nederland bestaat dergelijke verplichting niet en wordt een hoog bereik nagestreefd door de participatie van ouders en jongeren bij het JGZ-aanbod te stimuleren. In een basispakket wordt omschreven welke individu-gerichte en collectieve activiteiten door JGZ voor alle kinderen en jongeren moeten worden voorzien. In overleg met ouders en jongeren peilen JGZ-professionals naar de behoefte aan contactmomenten en JGZ-producten en bepalen ze samen of van dit basisaanbod kan of moet afgeweken worden, *'gebaseerd op professionele verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de ouders en jongeren (17)'*.

Een van de aanbevelingen in het CLB-auditrapport verwijst naar de wenselijkheid om een duidelijker herkenbaar CLB-merk met een positieve uitstraling en appreciatie van het doelpubliek na te streven. Met het oog hierop is het zinvol om na te gaan of de Nederlandse aanpak in Vlaanderen met succes kan worden ingevoerd, en het huidige hoge bereik van de doelgroep ook op deze manier kan bekomen worden.

Vooreerst is het belangrijk dat het aanbod jeugdgezondheidszorg volgens het hoger vermelde werkmodel (basisaanbod voor alle jeugdigen, maatwerk voor doelgroepen, en intensieve en individuele begeleiding) door het CLB verzekerd wordt. Dit houdt in dat CLB dit aanbod moeten voorzien, en scholen de plicht hebben om dit te faciliteren en waar nodig te ondersteunen. Het is evident dat de inhoud van het basisaanbod in belangrijke mate gestuurd zal zijn door de Vlaamse beleidsprioriteiten inzake gezondheid en welzijn, terwijl de graad van flexibiliteit in functie van lokale of individuele noden zal toenemen naarmate het aanbod zich meer toespitst op de noden van subgroepen of individuele kinderen (maatwerk voor groepen of individueel aanbod).

Verder is het wenselijk dat kinderen en jongeren worden uitgenodigd om, in samenwerking met de scholen, actief deel te nemen aan de leeftijdsspecifieke contactmomenten die in het basisaanbod voorzien zijn. Het is ook aangewezen om ouders als volwaardige partners te betrekken en systematisch uit te nodigen voor deze contactmomenten. Door het aanbod voor te leggen en ouders/jongeren mee te laten beslissen over de wenselijkheid en inhoud van eventuele bijkomende contactmomenten, kan de basis worden gelegd voor een volwaardig partnerschap in regie en verantwoordelijkheid in de JGZ. Voor gezinnen met kinderen die omwille van sociaal-maatschappelijke of gezondheidsproblemen nood hebben aan bijkomende ondersteuning en/of contactmomenten wordt de JGZ laagdrempelig bereikbaar en beschikbaar voor trajecten op maat.

Tot slot is het evident dat het eventueel verlaten van de huidige verplichting tot deelname aan de systematische contacten van het basisaanbod slechts kan overwogen worden, wanneer een benadering op basis van vrijwilligheid en actieve participatie het huidige hoge bereik van de doelgroep voldoende garandeert.

### 7.3 Advies invulling periodieke contacten JGZ in de CLB

Periodieke contacten met een vaste regelmaat, aangeboden aan de volledige populatie van schoolgaande kinderen en jongeren in Vlaanderen, is slechts **een van de vele methodieken** die zinvol in te zetten is bij de realisatie van JGZ. De leeftijden waarop en de inhoud van deze contacten, evenals de uitvoerende professional, zijn vastgelegd in het CLB-decreet en het BVR tot vaststelling van de operationele doelen van de centra voor leerlingenbegeleiding. Door de contactmomenten, inhoud en uitvoerders tot op het concrete niveau te beschrijven in de regelgeving, is een flexibele aanpassing aan veranderende organisatorische, maatschappelijke

en individuele noden niet mogelijk.

Het adequaat tegemoet komen aan wat jonge mensen en hun ouders nodig hebben in deze snel veranderende maatschappij, in een open dialoog en in gezamenlijke verantwoordelijkheid spoort volledig met de visie van een moderne JGZ en kan een kentering teweegbrengen in de wijze waarop de JGZ in Vlaanderen moet worden georganiseerd. Het is belangrijk om te benadrukken dat de visie van de JGZ niet enkel via periodieke consulten met een welomschreven aanbod voor alle kinderen en jongeren kan worden uitgedragen maar dat inhoud en methodieken zich moeten aanpassen aan de setting en het doelpubliek waarvoor een aanbod wordt ontwikkeld.

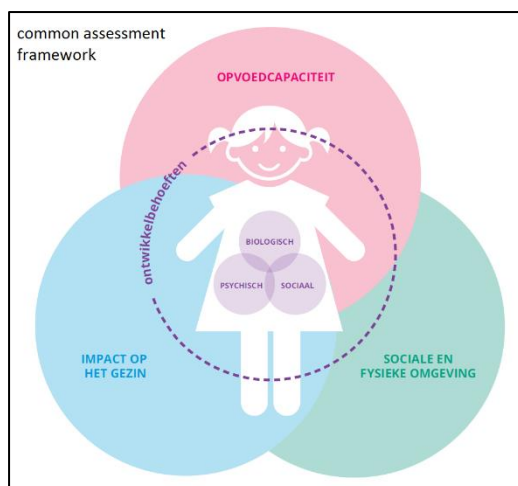
Hieronder wordt een voorstel beschreven voor periodieke contactmomenten die **bijdragen tot het realiseren van OD 1, 2 en 3**, namelijk het bevorderen van de gezondheid, groei en ontwikkeling, het bevestigen van het normale groei- en ontwikkelproces en de tijdige detectie van risicofactoren, signalen, symptomen van gezondheids- en ontwikkelproblemen bij het kind/de jongere, het gezin en de maatschappelijke context.

Voor de onderbouwing van het aanbod in de verschillende contactmomenten wordt waar mogelijk en nodig verwezen naar bestaande literatuur en Vlaamse en Nederlandse onderzoeks- en beleidsrapporten.

### Contactmoment 1: bij instap in de kleuterschool, als overgang van de peuter naar de kleuterfase.

#### Contact JGZ + ouders + kleuter

- Taxatie<sup>3</sup> van de ontwikkeling van de kleuter: welke vaardigheden heeft het kind tot op heden verworven op vlak van motoriek, taal en spraak, cognitie, sociaal, emotioneel<sup>4</sup> en persoonlijkheid en welke ontwikkeltaken liggen voor in de volgende fase (17-19);
- Bespreken van de interactie tussen het kind en de omgeving, in het bijzonder de opvoedingsbehoeften van het kind en de gerelateerde opvoedingstaken voor de ouders/opvoeders;



Figuur 2: Een integrale JGZ-blik: ontwikkelbehoeften van kinderen en opvoedingsopgaven voor ouders (20)

(Nuttig materiaal: schema ontwikkelingsaspecten & omgevingsinteractie-peuter-kleuter NCJ (19) Literatuurstudie naar de wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van vragenlijsten in de detectie en taxatie van psychosociale problemen en problematische opvoedsituaties bij kinderen en jongeren (21))

<sup>3</sup> Met de term "taxatie" wordt in deze context "algemene inschatting" bedoeld.

<sup>4</sup> De termen "sociaal" en "emotioneel" omvatten in deze context ook de in de geestelijke gezondheidszorg meer gebruikte term "psychosociaal"

- Adviseren en sensibiliseren op maat van de ouders en het kind;
- Monitoring groei en detectie kleine gestalte & pubertas praecox (22);
- Screening visus: detectie amblyopie & amblyogene factoren (23, 24);
- gehooronderzoek op indicatie: detectie neurosensorieel gehoorverlies (25);
- Controle vaccinatiestatus (26).

## **Contactmoment 2: bij instap lagere school, als overgang van de kleuterfase naar lagere schoolfase.**

### **Contact JGZ + ouders + kind**

- Taxatie van de ontwikkeling van het kind: welke vaardigheden heeft het kind tot op heden verworven op vlak van motoriek, spraak en taal, cognitie, sociaal, emotioneel en persoonlijkheid en welke ontwikkeltaken liggen voor in de volgende fase (17-19);
- Bespreken van de interactie tussen het kind en de omgeving, in het bijzonder de opvoedingsbehoeften van het kind en de gerelateerde opvoedingstaken voor de ouders/opvoeders; (Nuttig materiaal: schema ontwikkelingsaspecten & omgevingsinteractie-lagere school NCJ (19))
- Adviseren en sensibiliseren op maat van de ouders en het kind;
- Monitoring groei (22);
- Screening visus: detectie amblyopie & amblyogene factoren (23, 24);
- Screening gehoor: detectie neurosensorieel gehoorverlies (25);
- Controle vaccinatiestatus (26).

## **Contactmoment 3: JGZ + kind - uiterste leeftijd 9 (à 10) jaar**

- Screening visus: detectie (recidive) amblyopie & amblyogene factoren (23, 24);
- Monitoring groei (22).

## **Contactmoment 4: overgang naar secundair onderwijs (11-12 jaar), of/en als overgang naar de puberteit.**

### **Contact JGZ + ouders + kind**

- Taxatie van de ontwikkeling van de jongere: welke vaardigheden zijn tot op heden verworven op vlak van motoriek, spraak en taal, cognitie, sociaal, emotioneel en persoonlijkheid en welke ontwikkeltaken liggen voor in de volgende fase (17-19);
- Bespreken van de interactie tussen de aankomende puber en de omgeving, in het bijzonder de opvoedingsbehoeften van de jongere en de gerelateerde opvoedingstaken voor de ouders/opvoeders; (Nuttig materiaal: schema ontwikkelingsaspecten & omgevingsinteractie-puberteit NCJ)
- Monitoring groei & seksuele ontwikkeling (inclusief puberteit) (22);
- Screening gehoor: detectie lawaaischade (27, 28);  
SPIN-test actueel genormeerd voor leeftijd 10-13j;
- Controle vaccinatiestatus (26).

### Contactmoment 5: JGZ + adolescent (leeftijdsvenster 14-15 jaar)

Screening gehoor: detectie lawaaischade (27);

SPIN-test genormeerd voor leeftijd 13-16j (27, 28);

- Monitoring groei & taxatie van ontwikkeling van de adolescent (22);
- Controle vaccinatiestatus (26).

### Contactmoment 6: JGZ + adolescent (leeftijdsvenster 17-18 jaar)


- Leefstijlbevraging & profiel van persoonlijk gezondheidsgedrag ;
- Adviseren en sensibiliseren op maat van de jongere;
  - Bespreking van items die jongere zelf belangrijk vindt naar aanleiding van de bevraging;
- Onderzoek en bespreking van items gerelateerd aan de ontwikkeltaken en de interactie met de omgeving (voorbereid via de leefstijlbevraging);  
(Nuttig materiaal: schema ontwikkelingsaspecten & omgevingsinteractie-adolescent NCJ (19), elektronische bevraging en geautomatiseerde feedback cf. Nederland (29), Handreiking het vertrouwen krijgen van jongeren (30), De JGZ in beeld bij adolescenten (31), Top tien positieve ontwikkeling jeugd (32))
  - De adolescent bepaalt mee de inhoud van de te bespreken en te onderzoeken items.

#### Aanvullende bemerkingen bij deze contactmomenten

- De contactmomenten 5 en 6 kunnen tot 1 contactmoment worden samengevoegd. De wenselijkheid om dit te doen kan afhangen van de doelgroep (ASO, BSO, TSO, BuSO, kansarme buurten, vluchtelingen ...).
- De aanwezigheid van de ouders wordt expliciet aanbevolen voor de contactmomenten 1, 2 en 4.
- De periodieke contactmomenten 1 – 2 – 4 – (5)6 zijn bij uitstek gelegenheden om de nood aan ondersteuning in te schatten, wat kan resulteren in een waaier aan vervolgacties gaande van een eenvoudig advies tot een intensievere diagnostiek, begeleiden en leiden naar JGZ-externe zorg. In dit laatste geval zal JGZ blijvend toezien op de (re)integratie van de jeugdige in zijn maatschappelijke taken (school lopen, vrije tijdsbesteding), en deze faciliteren.

In onderstaande tabel 2 worden de hierboven genoemde contactmomenten, met indicatie van hun inhoud, schematisch weergegeven.

Tabel 2: Schematische weergave van een ontwerp voor de periodieke JGZ-contacten in het kader van de CLB-werking voor de gehele schoolpopulatie

vaccinatieaanbod al dan niet n.a.v.contactmomenten														
KT 1 (3-4j)	KT2 (4-5j)	KT3 (5-6j)	LO1 (6-7j)	LO2 (7-8j)	LO3 (8-9j)	LO4 (9-10j)	LO5 (10-11j)	LO6 (11-12j)	SO1 (12-13j)	SO2 (13-14j)	SO3 (14-15j)	SO4 (15-16j)	SO5 (16-17j)	SO6 (17-18j)
Kleuterleeftijd			Lagere schoolleeftijd					Puberteit		Adolescentie				
contactmoment 1			contactmoment 2		contactmoment 3			contactmoment 4		contactmoment 5		contactmoment 6		
taxatie ontwikkeling kleuter opvoedingsopgaven voor ouders			taxatie ontwikkeling kind opvoedingsopgaven voor ouders		screening visus monitoring groei			taxatie ontwikkeling aankomende puber opvoedingsopgaven voor ouders		taxatie ontwikkeling adolescent gehoorscreening (lawaaischade)		taxatie noden bij groei naar volwassenheid leefstijlbevraging		
monitoring groei: wegen & meten visus screening(amblyopie) bevragen risico's NS gehoorverlies gehooronderzoek op indicatie controle vaccinatiestatus			monitoring groei: wegen & meten voor kleine gestalte en pubertas praecox visus screening (amblyopie & kleurzin) gehoorscreening controle vaccinatiestatus					monitoring groei: wegen & meten seksuele ontwikkeling gehoorscreening (lawaaischade) controle vaccinatiestatus		monitoring groei: wegen & meten voorbereiden op zelfstandigheid in zorg opnemen voor zichzelf controle vaccinatiestatus				
														
												<i>timing contactmomenten 5 en 6 in functie van de doelgroep samen te nemen</i>		

**Kleurencode:**

Contactmoment = met kind/jongere en ouders/opvoeders

Contactmoment = met kind/jongere

Vaccinaties kunnen al dan niet via de hierboven vermelde contactmomenten worden aangeboden.

## 8 Besluit

---

Strategische en operationele doelen uitgewerkt in actiepunten tekenen de krijtlijnen voor de uitbouw van de jeugdgezondheidszorg in Vlaanderen. Ze kunnen inspirerend zijn voor overleg en samenwerking tussen diverse actoren in de gezondheid- en welzijnszorg ten behoeve van de optimale ontplooiingskansen van kinderen en jongeren en een bevredigende participatie in de samenleving. Via diverse methodieken worden de actiepunten in de dagelijkse praktijk gerealiseerd. De sociale media, elektronische leefstijlbevragingen en samenwerkingsplatformen zijn veelbelovend voor het uitbouwen van een transparante samenwerking tussen kinderen/jongeren, hun ouders en professionals in een volwaardig partnerschap.

Het maximaal toepassen van het subsidiariteitsprincipe garandeert efficiëntiewinst en een gepaste zorg op het meest wenselijke echelon van hulpverlening. Dit wordt ondersteund door de beroepsprofielen op maat van de jeugdgezondheidszorg die de basis zijn voor een doelgerichte professionele competentie-ontwikkeling.

De CLB zijn samen met Kind en Gezin belangrijke actoren in de Jeugdgezondheidszorg. De inbedding van JGZ via de CLB in de schoolcontext is een grote meerwaarde om de liaisonfunctie tussen Welzijn, Gezondheid en Onderwijs en de brede samenleving waar te maken.

## Referenties

1. Van Hoeck K, Hoppenbrouwers K. Jeugdgezondheidszorg in Centra voor Leerlingenbegeleiding. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2008.
2. Van Hoeck K, Hoppenbrouwers K, Beelen E, Boonen M, De Keyser M, Guérin C, et al. Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen (3-18 jaar). Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2010.
3. WHO. Primary Health Care. Report of the international Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.
4. Huber M. Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health and health care, and in evaluating health effects of food. Maastricht2014.
5. Schaepdrijver SD. Als dit land de complexiteit niet aandurft, keert het terug naar de puberteit. In: Claeys G, editor. de Standaard. Groot-Bijgaarden: dS Weekblad; 2014. p. 135: 23-28.
6. Barry M, editor What works in promoting the mental health and wellbeing of children and youth. EUSUHM; 2015; Tallinn.
7. Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. In: Maggie De Block MvSZeV, editor. 2015.
8. WHO. The World Health Report. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: 2001. ISBN 92 4 156201 3.
9. WHO. Improving health systems and services for mental health. Geneva: WHO, 2009 ISBN 978 92 4 159877 4.
10. Bulcke M, Kinoo M, Merckx H, Schaumont T. Profiel van de Jeugdverpleegkundige. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2014 ISBN 9789462285989.
11. WHO. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. 2014.
12. Royal Colleges of physicians and surgeons of Canada. CanMEDs Available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>.
13. Vanlander A. Technische prestaties en handelingen voor beroepsgroepen in de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen. Wie mag wat doen en onder welke voorwaarden. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2015.
14. Wet tot bescherming van de titel van psycholoog. 1994018040 (1994).
15. Koninklijk besluit tot vaststelling van de benoemingsvoorwaarden voor de maatschappelijke werkers in de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. 1977030903 (1977).
16. Boomsma A. Jouw Omgeving. Jouw hulp, op jouw moment, op jouw plek. Utrecht: 2015.
17. Boode K, Pijpers F. Preventieve Zorg voor Jeugd. JGZ als preventieve basis binnen de integrale zorg voor jeugd. Visiedocument. Utrecht: Nederlands centrum Jeugdgezondheid, 2015.
18. Landelijk professioneel kader; Uitvoering basispakket jeugdgezondheidszorg (JGZ). Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015.
19. Timmermans M, van Heerwaarden Y, Pijpers F, Carmiggelt B. Ontwikkelingsaspecten en omgevingsinteractie. Nederlands centrum Jeugdgezondheid, 2015.
20. Van Heerwaarden Y, Pijpers F. De kracht van zelfregie. Samen komen tot passende hulp en ondersteuning. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg, 2015.
21. van den Branden S. Literatuurstudie naar de wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van vragenlijsten in de detectie en taxatie van psychosociale problemen en problematische opvoedsituaties bij kinderen en jongeren. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2014.

22. Van Hoeck K, Hoppenbrouwers K. Standaard groei en pubertaire ontwikkeling voor de CLB. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2005
23. Guérin C, Hoppenbrouwers K. Standaard visusonderzoek in de CLB bij 3- tot 18-jarigen. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2003.
24. Guérin C, Van Hoeck K. Onderzoek naar de waarde van de toepassing van een gestandaardiseerde screeningsprocedure in het CLB bij de opsporing van gehoorafwijkingen bij jonge kinderen . Vergelijking van diverse protocollen. VVVJ, voortgangsrapport 2012, bijlage 8. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2012.
25. Guérin C, Van Hoeck K. Standaard gehoor. Wetenschappelijke onderbouw voor het audiometrisch onderzoek in de CLB. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2015.
26. Vanlander A, Hoppenbrouwers K, Stuyven C. Standaard vaccinaties. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2005.
27. Hoppenbrouwers K, Guérin C, Van Hoeck K. Standaard gehoor. Wetenschappelijke onderbouw voor de tijdige detectie van lawaaischade. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2015.
28. Denys S, Luts H, Wouters J, Guérin C, Keymeulen A, Van Hoeck K, et al. Rapport Praktijkttoets SPIN-test. Deel 2 kwantitatieve bespreking. Leuven: Experimentele ORL KU Leuven & Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. 2015.
29. Meuwissen L, editor Evaluation of the new preventive health check-up for adolescents. EUSUHM; 2015; Tallinn.
30. Van Heerwaarden Y, Winnubst P. Het vertrouwen krijgen van jongeren. handelingsperspectief voor het aangaan van de dialoog met jongeren. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2012.
31. Van Heerwaarden Y. De JGZ in beeld bij adolescenten. Samen bouwen aan gezondheid en gezond gedrag voor duurzame participatie van jongeren. Nederlands centrum jeugdgezondheid, 2013.
32. Ince D, van Yperen T, Valkestein M. Top tien positieve ontwikkeling van jeugd. beschermende factoren in groeien en opvoeden. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut, 2013.



---

Januari 2016

Contact: [info@vwwj.be](mailto:info@vwwj.be)